ANAIS DA SBCPO

28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular

Patricia Akaishi
Ivana Cardoso Pereira
Sheila Andrade de Paula Cecchetti
(Organizadoras)

Um livro resultante do congresso

28º Congresso Internacional de Oculoplástica

7º Congresso Internacional de Estética Periocular

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Atena Editora
Ano 2021
Vol. 1.

ANAIS DA SBCPO

28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular

Patricia Akaishi
Ivana Cardoso Pereira
Sheila Andrade de Paula Cecchetti
(Organizadoras)

Um livro resultante do congresso

28º Congresso Internacional de Oculoplástica
7º Congresso Internacional de Estética Periocular

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Atena Editora
Ano 2021
Vol. 1.

Editora chefe
Prof[a] Dr[a] Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Atena
Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Atena Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Anais da SBCPO: 28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular, V.1

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadoras: Patricia Akaishi
Ivana Cardoso Pereira
Sheila Andrade de Paula Cecchetti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A532 Anais da SBCPO: 28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular, V.1 / Organizadoras Patricia Akaishi, Ivana Cardoso Pereira, Sheila Andrade de Paula Cecchetti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-615-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.154212610

1. Beleza física (Estética). 2. Oculoplástica. 3. Estética periocular. I. Akaishi, Patricia (Organizadora). II. Pereira, Ivana Cardoso (Organizadora). III. Cecchetti, Sheila Andrade de Paula (Organizadora). IV. Título.

CDD 646.72

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

DIRETORIA SBCPO 2020/2021

Presidente: Patricia Akaishi
Vice-Presidente: Midori Osaki
Tesoureira: Ivana Cardoso Pereira
Tesoureira Adjunta: Sheila Cecchetti
Secretario: Allan Pieroni
Secretario Adjunto: Filipe Pereira

Comissão Organizadora

Patricia Akaishi
Ivana Cardoso Pereira
Sheila Andrade de Paula Cecchetti
André Ramos

Comissão Científica

Silvana Schellini
Antonio Augusto Velasco e Cruz
Ricardo Morschbacher
Tammy Osaki
Maria Antonieta Ginguerra
Simone Bison

Atena Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

Atena Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Atena Editora
Ano 2021

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PREFÁCIO

O primeiro volume dos Anais da SCBPO reúne os trabalhos científicos selecionados para apresentação no 28º CIOP (Congresso Internacional de Oculoplástica) e 7º CIEPO (Congresso Internacional de Estética Periocular), evento oficial da SBCPO que foi realizado nos dias 07 e 08 de maio de 2021.

A grande novidade do evento foi o formato 100% online, transmitido a partir de Ribeirão Preto para todo o Brasil e para 11 países participantes do congresso. Destacamos a presença virtual ao vivo dos convidados Richard Allen (EUA), Guillermo Salcedo-Casillas (MEX), Daniel Weil (ARG), Patrick Boulos (CAN), Yerena Muiños (ESP), Rodrigo Feldmann (ARG), Cristina Hidalgo (CHI), Rocio Ardito (PERU), John Bareño (COL), Sara Ribeiro (PT), Alicia Galindo-Ferrero (ESP)

Participaram presencialmente, em estúdio, os convidados Helcio Bessa, Murilo Alves Rodrigues, José Vital Filho, Ricardo Morschbacher, Ana Estela Sant'Anna, Antonio Augusto V Cruz, Gustavo Siqueira, Francine Miduati, Sergio Burnier, Afra Raquel Gerbi, Fernando Cenci Guimarães, além dos membros da diretoria, Patricia Akaishi (presidente), Ivana Cardoso Pereira (tesoureira) e Sheila de Paula Cecchetti (tesoureira adjunta)

Houve a entrega oficial d os d iplomas d e M embros H onorários a 3 grandes oftalmologistas: Daniel Weil, Mario Luiz Ribeiro Monteiro e Paulo Gois Manso.

A cerimonia virtual também incluiu a entrega do diploma de Novos Sócios a 80 cirurgiões oculoplásticos.

Tivemos a honra de receber os fundadores de nossa Sociedade, professores Eduardo Soares e Eurípedes da Mota Moura e o presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Dr José Beniz Neto.

Todos as presenças, sejam virtuais ou presenciais, foram fundamentais para o sucesso do congresso. Mas uma grande ausência também marcou esse evento. Dr Daniel Cecchetti, palestrante convidado, grande amigo, nos deixou em julho de 2020 em decorrência da Covid-19. Sua aula sobre lentes esclerais em Oculoplástica foi ministrada por sua esposa, nossa querida tesoureira adjunta e organizadora do evento, Drª Sheila Cecchetti.

Esse foi o primeiro (e esperamos que tenha sido o único) congresso virtual da SBCPO – um evento cheio de novidades, emoções e excelência científica, que ficará registrado na história da nossa Sociedade e nesse primeiro volume dos Anais da SBCPO.

Patricia Akaishi

Presidente SBCPO 2020/2021

SUMÁRIO

ESTÉTICA PERIOCULAR

Pôsteres

ÓRBITA

Pôsteres

SUMÁRIO

SUMÁRIO

VIAS LACRIMAIS

Pôsteres

ESTÉTICA PERIOCULAR

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PÔSTERES

Fotona Fox Eyes - Projeto Piloto

Tiana Gabriela Burmann
Fernando Bastos Duarte
Patricia Akaishi

Fotona Fox Eyes – Projeto piloto

Tiana Gabriela Burmann; Fernando Bastos Duarte; Patrícia Mitiko Akayshi
Instituto Burmann e Bastos, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

INTRODUÇÃO

O Fotona Spectra XT é composto por 2 tipos diferentes de laser: o Erbium Yag e o Neodimium Yag. O protocolo de rejuvenescimento padrão, chamado Smooth Eye, utiliza apenas a ponteira de Erbium Yag, Os autores sugerem um novo protocolo, denominado Fox Eyes, que utiliza os dois tipos de laser presentes nessa tecnologia: o Erbium e o Neodimium Yag.

MÉTODOLOGIA

O estudo piloto avaliou 4 pacientes, entre 47 e 65 anos, tratados com dois protocolos diferentes: o Smooth Eye em um dos olhos e o Fox Eyes no outro. A escolha da técnica a ser utilizada em cada lado se deu por meio de um sorteio realizado no dia do primeiro tratamento. Foram realizados 3 tratamentos, com intervalos de 15 dias, sendo a foto final realizada 15 dias após a última sessão. AS fotos foram tiradas com o mesmo equipamento, na mesma distância e com apoio para a cabeça do paciente. A quantificação da abertura palpebral e da posição do supercílio foi realizada com o programa ImageJ.

OBJETIVOS

Comparar o rejuvenescimento peri-ocular da técnica padrão, Smooth Eye, com a técnica proposta pelo estudo, Fox Eyes.

RESULTADOS

A análise estatística mostrou uma elevação do supercílio significativamente superior no lado que realizou a técnica de Fox Eyes (teste t pareado= 5,73) e também uma melhora na abertura palpebral com a técnica proposta pelo estudo (teste t pareado = 9,5). Gráficos 1 e 2. A análise estatística sugeriu que para um tamanho de efeito de 0,8 a amostra ideal é de 12 indivíduos.

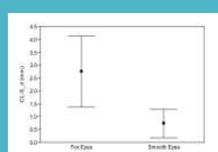


Gráfico 1- Distância do canto lateral ao limite superior do supercílio.

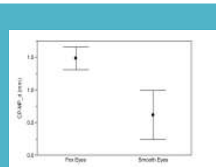


Gráfico 2- Distância do centro pupilar até a prega de pele da pálpebra superior

CONCLUSÕES

A técnica proposta pelo estudo (Fox Eyes) se mostrou superior a técnica de Smooth Eye no que diz respeito a elevação do supercílio e abertura palpebral, no entanto, é necessário aumentar o número de pacientes e fazer um acompanhamento maior dos mesmos para obtermos um resultado definitivo.

Manejo de Complicação Precoce com Fios de Polidioxanona Espiculados

Camila Vilar
Davi Araf
Rodrigo Brito
Maria Oneide

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

MANEJO DE COMPLICAÇÃO PRECOCE COM FIOS DE POLIDIOXANONA ESPICULADOS

Autor Principal: Camila Vilar - fellow 2 de Plástica Ocular
Coautores: Davi Araf[1], Rodrigo Brito[2] e Maria Oneide[3].

[1] - Chefe do setor de Plástica Ocular do Hospital CEMA.
[2] - Oftalmologista especialista em Plástica Ocular do Hospital CEMA.
[3] - Médica pós-graduada em Dermatologia - IMSD

APRESENTAÇÃO DO CASO

O relato de caso apresentado tem como objetivo mostrar uma complicação precoce com o uso de fio de PDO (polidioxanona) em face.

RELATO DE CASO

D.S.O.T., 45 anos, sexo feminino, procedente de Santo André (SP). A paciente procurou nosso serviço com queixa de perda de volume no terço médio da face. Ao exame notou-se moderada flacidez cutânea e perda do contorno mandibular. Foi optado por introdução de 4 fios de PDO espiculados bidirecionais de 19G (i –thread®) em cada hemiface, com pertuito de entrada em região zigomática, tendo como limite o sulco nasogeniano. No tratamento foram realizados 8 fios e optado por profilaxia com amoxicilina + clavulanato 8/8 horas por 7 dias . Após 24 horas do procedimento a paciente evoluiu com edema localizado em região zigomático malar. 4 dias após, apresentou ao exame clínico nodulação com sinais flogísticos. Neste dia, optou-se por trocar o antibiótico por celafexina de 6/6 horas por 7 dias. Após dois dias sem melhora, foi solicitado ultrassom de partes moles, onde foi visualizada coleção hipoecóica de limites imprecisos margeando o fio, que apresentava íntimo contato com plano muscular, podendo corresponder a coleção hemática em processo de resolução. Notou-se ainda um borramento no tecido adjacente ao fio. Optado por associação com corticoide via oral dose antiinflamatória (0,5mg/kg/dia). Paciente evoluiu com resolução do quadro clínico após 5 dias.

CONCLUSÃO

O caso apresenta uma atípica complicação precoce por fios de PDO com formação de hematoma por trauma muscular durante o procedimento, evoluindo com infecção secundária.
Devido ao fato desses fios serem aplicados em uma única direção, o fio pode entrar no plano muscular onde há maior vascularização e formar um hematoma.
Recentemente, o mercado apresentou fios com dispositivos de segurança, os quais permitem voltar e alterar o plano de aplicação.
Destacamos a importância do ultrassom no diagnóstico diferencial do caso, a fim de se evitar uma possível intervenção cirúrgica .



Figura 1

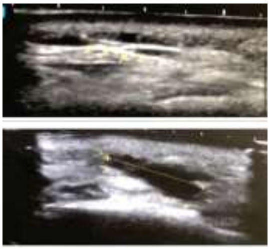


Figura 2

REFERÊNCIAS

1. Ahn, Seung Ki MD; Choi, Hwan Jun MD, PhD Complication After PDO Threads Lift, Journal of Craniofacial Surgery: July/August 2019 - Volume 30 - Issue 5 - p e467-e469doi: 10.1097/SCS.0000000000005644

2. Chen WP. Cirurgia Plástica Oftalmológica, princípios e prática 2005. Shorr N, Perry JD. Blefaroplastia inferior e queda da parte medial da face. Capítulo 11. p. 147-164;

www.cemahospital.com.br

Padrões de Elevação e Simetria de Motilidade do Supercílio

Bárbara Salomão de Almeida Cunha
Fernando Procianoy
Antônio Augusto Velasco e Cruz

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PADRÕES DE ELEVAÇÃO E SIMETRIA DE MOTILIDADE DO SUPERCÍLIO

Bárbara Salomão de Almeida Cunha[1], Fernando Procianoy[2], Antônio Augusto Velasco e Cruz[1]

[1]HCRP - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto,

[2]HCPA - Hospital das Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

A elevação dos supercílios, bem como suas variações de motilidade e contorno, modificam de acordo com a morfologia do músculo frontal.

OBJETIVOS

Analisar os padrões de elevação do supercílio em adultos

MÉTODOS

A região frontal de 37 indivíduos adultos foi fotografada em repouso e durante a contração voluntária máxima do músculo frontal. As imagens foram parametrizadas no software NIH Image J e, através da ferramenta de Bezier, traçou-se uma curvatura correspondente ao contorno do supercílio. As curvas resultantes foram transpostas para um gráfico e comparadas quanto à simetria de motilidade entre as porções mediais e laterais dos supercílios. O conceito de simetria foi definido pela variação máxima de 10% entre os volumes obtidos através das representações gráficas.

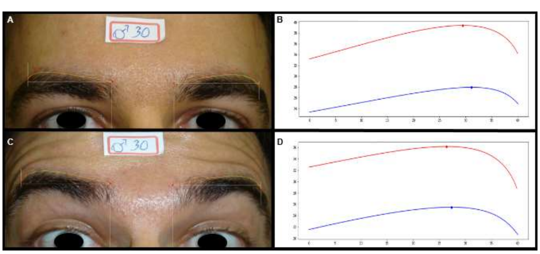


Fig. 1. A e C: Curva de Bezier traçada sobre contorno de supercílios em repouso (A) e contração voluntária máxima (C). Os cantos mediais foram usados como referência. B e D: representação gráfica das curvas de Bezier dos olhos direito (B) e esquerdo (D); no eixo das abscissas temos o comprimento base, enquanto nas ordenadas a altura da excursão do supercílio. O gráfico em azul representa o contorno do supercílio em repouso e em vermelho, com contração frontal. A área do espaço entre os gráficos foi calculada e analisada para definir padrões de elevação e simetria.

RESULTADOS

Com relação à simetria de elevação entre os supercílios, 57% dos indivíduos apresentam motilidade simétrica, enquanto 27% elevam predominantemente o supercílio direito, e 16% o esquerdo.

Ao analisar a simetria setorial de um supercílio isoladamente, encontraram-se três padrões de elevação: simétrico, medial e temporal. O padrão simétrico é o mais prevalente, presente em 57% dos indivíduos, seguido pelo medial 28% e temporal, 15%.

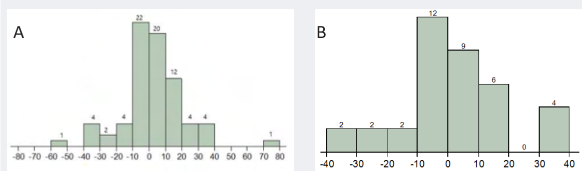


Gráfico A: Assimetria entre setores; A diferença entre as áreas dos setores temporal e medial foi calculada e a simetria definida por variações de até 10% de área. Valores positivos correspondem ao predomínio do setor medial e negativos, temporal. (n=74)
Gráfico B: Assimetria entre supercílios; Valores negativos correspondem ao predomínio do supercílio esquerdo. (n=37)

CONCLUSÕES

A maioria dos indivíduos apresenta simetria de elevação entre os supercílios direito e esquerdo e simetria de elevação entre os setores medial e temporal. Contudo, em 43% dos sujeitos a elevação prepondera ou no setor medial ou lateral. Acreditamos que isso reflete a distribuição das fibras musculares do músculo frontal. A avaliação da elevação dos supercílios é uma forma simples e direta de estudar a morfologia do músculo frontal. Ela deve ser realizada como um dado semiológico na prática clínica quando há indicação de procedimentos que envolvam o terço superior da face.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Cotofana,S.,et al.(2020)."The Bidirectional Movement of the Frontalis Muscle:Introducing the Line of Convergence and Its Potential Clinical Relevance."Plast Reconstr Surg**145**(5):1155-1162
2.Abramo,A.C.,et al.(2016)."Anatomy of Forehead, Glabellar, Nasal and Orbital Muscles, and Their Correlation with Distinctive Patterns of Skin Lines on the Upper Third of the Face:Reviewing Concepts."Aesthetic Plast Surg40(6):962-971.
3.Costin,B.R.,et al.(2016)."Frontalis Muscle Asymmetry and Lateral Landmarks."Ophthalmic Plast Reconstr Surg32(1):65-68.
4.Frank,K.,et al.(2019)."Relationship between forehead motion and the shape of forehead lines,A 3D skin displacement vector analysis."J Cosmet Dermatol
5. Costin, B. R., et al. (2015). "Anatomy and histology of the frontalis muscle." Ophthalmic Plast Reconstr Surg 31(1): 66-72.
6.Ghassemi, A., et al. (2003). "Anatomy of the SMAS revisited." Aesthetic Plast Surg 27(4): 258-264.
7.Kushima, H., et al. (2005). "The occipitofrontalis muscle is composed of two physiologically and anatomically different muscles separately affecting the positions of the eyebrow and hairline." Br J Plast Surg 58(5): 681-687.

Peeling de ácido tricloroacético em pálpebras inferiores- abordagem ambulatorial

Rogério Leal
Suzana Matayoshi
André Luís Borba
Regina Cláudia Souza Marinho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PEELING DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM PÁLPEBRAS INFERIORES- ABORDAGEM AMBULATORIAL

ROGÉRIO LEAL; SUZANA MATAYOSHI; ANDRÉ LUÍS BORBA; REGINA CLÁUDIA SOUZA MARINHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HC-FMUSP)

INTRODUÇÃO

O ácido tricloroacético(ATA) é um dos mais populares agentes para realização de peeling químico, provocando uma destruição controlada da epiderme e de parte da derme, levando à sua esfoliação e posterior regeneração em novos tecidos, sendo proposto para o tratamento de manchas, cicatrizes e rugas.

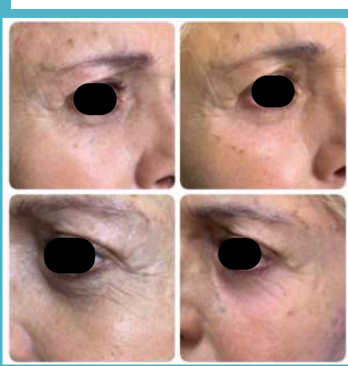
METODOLOGIA

10 mulheres com rugas peripalpebrais e fotodanos, com idades entre 43-78 anos e fototipos de Fitzpatrick I-III foram selecionadas do ambulatório de plástica ocular do HC–FMUSP durante o período de outubro de 2020 a fevereiro de 2021. Tabagismo e colagenoses foram considerados critérios de exclusão.

Durante 15 dias antes do procedimento, realizaram o preparo da pele palpebral inferior com creme noturno contendo microcápsulas de retinol e hidroquinona.

A avaliação global da melhora foi feita por cada paciente no início do estudo e 60 dias após a última aplicação, sendo pontuada como marcada (>75% de melhora), boa (50%- 75%), moderada (25 -50%) ou leve (melhora <25%).

O peeling foi então realizado no ambulatório, após limpeza de pele com clorexidina e bloqueio anestésico de nervo infraorbitário com lidocaína. Utilizado ATA 35% em região palpebral inferior, até que frosting uniforme fosse visualizado. Em região malar, aplicamos ATA 15% para minimizar as possíveis diferenças de tonalidade entre a área tratada e a não tratada.





OBJETIVO

Avaliar o efeito do peeling de ATA 35% em região palpebral inferior na melhora da consistência da pele, clareamento de manchas e atenuação de rugas em pacientes do ambulatório de plástica ocular do HC-FMUSP.

RESULTADOS

A avaliação global das pacientes 60 dias após o peeling revelou melhora moderada, boa ou acentuada em 8 das 10 pacientes (80%). Elas apresentaram uma excelente tolerabilidade durante o procedimento, com um único episódio de hipotensão.





CONCLUSÕES

O ATA tem se tornando uma das substâncias padrão ouro para a realização de peeling químico, mostrando, em nosso trabalho, resultados satisfatórios no que consiste em melhorar a textura da pele, clareamento de manchas e atenuação de rugas em região palpebral inferior. É uma substância estável, barata e que não causa toxicidade sistêmica, sendo uma poderosa arma para o rejuvenescimento peripalpebral.

Reação de hipersensibilidade aguda após uso de preenchedor para correção de tear trough em paciente com Síndrome de Sjogren

Wander Alves
Rodrigo Cunha Ferreira
Cristina Maria Ferreira Carossa Veiga Jardim
Fausto da Paz Cazorla

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Reação de hipersensibilidade aguda após uso de preenchedor para correção de tear trough em paciente com Síndrome de Sjogren

Wander Alves 1, Rodrigo Cunha Ferreira 2, Cristina Maria Ferreira Carossa Veiga Jardim 1,2 , Fausto da Paz Cazorla 1,3

Instituições
1 HOA - hospital de olhos aparecida (Av. Abel Ribeiro, Qd. 32, Lt. 05 a 10 - Centro Aparecida de Goiânia - GO, CEP: 74980-010),
2 CEROF - - Centro de Referência em oftalmologia em Goiânia (: 1ª Avenida, 355-447 - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-020, Brazil.
3 FUBOG - Fundação Banco de Olhos (Rua Couto de Magalhães, 50 - Jardim da Luz, Goiânia - GO, 74850-410

Introdução

A aparência impacta consideravelmente na autoestima e a busca pelo retardamento do envelhecimento se tornou cada vez mais frequente nos consultórios oftalmológicos. Na busca da correção do olhar cansado e envelhecido, mesmo em pacientes jovens, os procedimentos para a restauração da estrutura facial tem sido atualmente utilizados. A deformidade do caminho da lágrima (*Tear Trough Deformity*) é um desafio em rejuvenescimento inferior da pálpebra. O ácido hialurônico apresenta bons resultados para correção do tear through, porém o aumento do número de procedimentos injetáveis com o preenchedor tem levado à maior incidência de complicações e efeitos adversos. Nas técnicas de preenchimentos faciais, as principais intercorrências relatadas são: Reações de hipersensibilidade , granulomas, hipervolumização, edema, dor, hematoma, necrose e oclusão vascular. Eventos adversos imediatos, geralmente se manifestam com uma inflamação leve, dor com sensibilidade no local da aplicação, hematomas e eritemas variando da sensibilidade de cada paciente.

Metodologia

Estudo observacional, descritivo, sob forma de relato de caso. As informações contidas foram obtidas através de prontuário médico

Objetivos

Descrever um caso raro de hipersensibilidade aguda severa a correção de tear through com ácido hialurônico em paciente com Síndrome de Sjogren secundária a Lúpus Eritematoso Sistêmico.

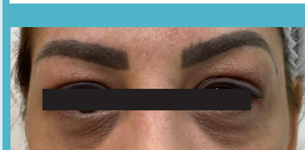


FIGURA 1A (ANTES)

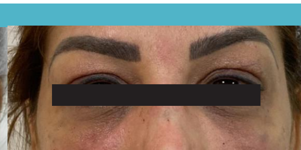


FIGURA 1B (pós-imediato)

Resultados

LM, feminina, branca, 35 anos, sem relato de comorbidades , iniciou quadro de edema palpebral intenso e hiperemia em pálpebras inferiores após 3 dias de preenchimento cutâneo do terço médio da face com Belotero Intense (ácido hialurônico 25mg/g) (FIGURA 2). Foi realizado preenchimento de 0,5 ml e cada hemiface com cânula 27G e anestesia tópica com lidocaína. Na anamnese prévia a paciente negou comorbidades, uso de medicamentos ou gravidez. Os sintomas eram refratários após a terapia imunossupressiva com corticoides e anti-inflamatórios. A hipótese de infecção foi descartada após biópsia realizada que evidenciou resposta inflamatória intensa no local (FIGURA 3) .Com o auxilio da Ressonância Nuclear Magnética de Crânio foi descartado o acometimento pós-septal da órbita e foi possível identificar alterações inespecíficas nas glândulas parótidas. A partir disso, iniciamos uma investigação para doenças auto-imunes e foi possível realizar o diagnóstico de S. Sjogren secundária a LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico). Os sinais e sintomas orbitários decorrentes da hipersensibilidades ao ácido hialurônico reduziram significativamente após a introdução de Hidroxicloroquina 5mg/kg/dia e corticoesteroides regressivos (FIGURA 4). O seguimento da paciente foi complementado com acompanhamento reumatológico sem a necessidade uso de hialuronidase para remover o preenchedor.

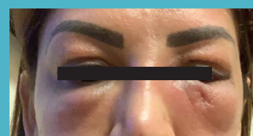


FIGURA 2



FIGURA 3

Os efeitos adversos do uso do AH estão divididos em imediatos e tardios, podendo variar desde edema, dor leve, dor intensa, equimose, isquemia, eritema leve até necrose (BALASIANO, 2014). A classificação dos eventos adversos está relacionada ao tempo de surgimento, dividido em três intervalos: de início imediato, quando ocorrer em até 24 horas, após o uso, de início precoce quando manifestar de 24 horas até 30 dias, e de início tardio, quando aparecer após trinta dias do uso do AH (ALMEIDA et al., 2017). Reações alérgicas inicia-se em até 7 dias após a aplicação do preenchedor. Com percentual baixo de manifestação de 0,1% dos casos descrito em literatura. Com indicação de tratamento de corticóide oral ou por infiltração intralesional de corticoide (CROCCO; OLIVEIRA ALVES; ALESSI, 2012).

Conclusão

As complicações do uso dos preenchedores para melhora estética do tear through geralmente estão relacionados a falta de conhecimento da anatomia facial. O profissional deve obter informações sobre a história atual e pregressa do paciente para contra-indicar os procedimentos quando necessário. O tratamento das reações de hiperssensibilidade aguda ainda não foram bem estabelecidas. Muitos autores preconizam o uso de antibióticos, anti-inflamatórios não hormonais, corticoides tópicos e sistêmicos e injeção intralesional de hialuronidase. No entanto, alguns casos são recorrentes e de difícil controle. Em virtude dos fatos mencionados é importante sempre investigar as doenças auto-imunes em pacientes com com reações adversas graves e refratárias aos tratamentos convencionais.

Referências

BALASIANO, L. K. A.; BRAVO, B. S. F. Hialuronidase: uma necessidade de tododermatologista que aplica ácido hialurônico injetável. Surg Cosmet Dermatol.v.4. 2014.

ALMEIDA, A. D., et al.Diagnóstico e tratamento dos eventos adversos do ácidohialurônico: recomendações de consenso do painel de especialistas da América Latina Surg Cosmet Dermatol 2017;9(3):204-13

CROCCO, Elisete Isabel; OLIVEIRA ALVES, Renata; ALESSI, Cristina. Eventos adversos do ácido hialurônico injetável. Surgical & Cosmetic Dermatology, vol. 4, núm. 3, 2012, pp. 259-263 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265524650007>. Acesso em: 12 de set de 2019.



FIGURA 4

Resultados da Ceratopigmentaçao em Olhos Cegos Inestéticos. Série de casos

Vivian Teixeira Carvalho Sartori
Patrícia Mitiko Santello Akaishi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

RESULTADO DA CERATOPIGMENTAÇÃO EM OLHOS CEGOS INESTÉTICOS. SÉRIE DE CASOS

Vivian Teixeira Carvalho Sartori
Patrícia Mitiko Santello Akaishi
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO

A ceratopigmentação com finalidade estética é utilizada há séculos embora limitada seu uso por inúmeros motivos. Lentes de contato cosméticas, evisceração e uso de próteses têm sido as soluções mais utilizadas para olhos cegos e com opacidade corneana. Porém incompatibilidade com o uso de lentes de contato, associado ao custo de aquisição e manutenção das mesmas, as complicações cirúrgicas e intolerância ao uso de próteses tornam essas opções inviáveis.

MÉTODOLOGIA

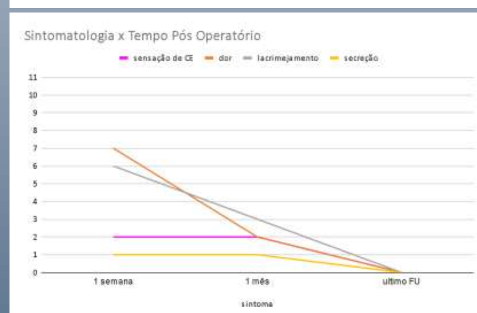
11 pacientes (5 mulheres/ 6 homens, idade média: 30±18.5 anos) foram submetidos à pigmentação corneana no período de 2015 à 2018. Todos tinham contra-indicação ao uso de lentes de contato cosmética e preferiram a indicação de tatuagem corneana como opção à prótese ocular com ou sem evisceração. Duas técnicas foram utilizadas: a de micropuntura e a interlamelar, com tinta preta apropriada para uso em humanos. O período de seguimento variou entre 8 a 48 meses com média de 18 meses e desvio padrão de 9 meses. Os sintomas e grau de satisfação foram avaliados por meio de questionário e a avaliação objetiva do procedimento foi avaliado a biomicroscopia.

OBJETIVOS

Relatar os resultados a longo prazo da pigmentação corneana em olhos cegos.

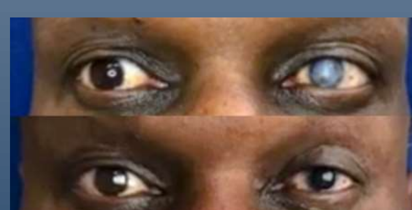
RESULTADOS

Todos os pacientes que se submeteram ao procedimento relataram melhora na qualidade de vida com nota 10 num score de 0-10 em todos os questionários aplicados. Os sintomas (dor, lacrimejamento, secreção, sensação de corpo estranho foram frequentes na primeira semana, com desaparecimento gradual em todos os casos. A principal complicação no período de acompanhamento foi a leve despigmentação.





Técnica Intralamelar



Técnica de Micropuntura

CONCLUSÕES

A ceratopigmentação atinge bons resultados estéticos e alta satisfação do paciente , diminuindo as indicações de cirurgias maiores e mutilantes.

Xanthelasma management using Jett plasma

Suzana C. Leite
Ana Clara V. de Castro
Livia de A. Freire
Ilana Y. Hida
Tatiana R. Nahas

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Xanthelasma management using Jett plasma

Suzana C. Leite, Ana Clara V. de Castro, Livia de A. Freire, Ilana Y. Hida, Tatiana R. Nahas

28th International Oculoplastics Meeting · 7th International Periocular Aesthetic Meeting · SBCPO · May 07 - 08, 2021 · 100% online event

INTRODUCTION

Jett Plasma is an electrocautery that generates plasma, ionizing the atmospheric gases between the tip of the device and the treated skin. The plasma causes electrofulguration of the targeted skin, destroying the XP without damage on the surrounding cells.[1]

PURPOSE

We are reporting results from management of Xanthelasma palpebrarum (XP) using Plasma Jet Device (Jett Plasma lift medical®) in five female patients with bilateral disease.

METHOD

Photographic documentation was captured with patients looking at primary position, supraversion and complete eyelid closure. The device was used at power 7 (1.5W plasma discharge). The tip of the device was positioned at a distance of 2 mm from the patient's skin (without direct contact) and the entire region affected by XP was treated with back and forth (scanning) movements until a crust was seen. The crust was mechanically removed with a moisturized gauze, and plasma jet was delivered in the same fashion once again. The second crust was not removed. Patients were instructed to keep the lesion clean and dry, without wearing any cosmetics or topical cream and avoid sun exposure.

One single examiner measured the total XP area before and after the procedure by manually outlining the xanthelasmas in padronized pictures, using the software ImageJ. The total area before and after was compared, showing the amount of reduction in size.[2] (Table)

RESULTS

Patients 3,4, and 5 had an improvement greater than 75% after 2 months of one single treatment.

Patient 1 and 2 improved between 50-75% after 2 months of one treatment. Patient 1 repeated the procedure after 3 months and had 100% improvement.

Patient	Age	XP area before (mm^{2})	XP area after (mm^{2})	Improvement rate
1	49	202,48	0	100%
2	61	57,80	23,94	58,5%
3	40	78,58	18,73	76,16%
4	55	72,22	0	100%
5	38	57,70	10,75	81,2%

CONCLUSIONS

Jett Plasma is an alternative for the treatment of XP. The advantages include: fast procedure, outpatient treatment, surgery sparing. In large treatment areas more than one session may be required for the full satisfaction of the patient.



Patient 1, after 2 sessions



Patient 4, after 1 session

REFERENCES

1. Compex spol. s.r.o. Manual do Usuário - Jett Plasma Lift. Emissão Inicial 12/12/2015

2. Esmat, S. M., Elramly, A. Z., Abdel Halim, D. M., Gawdat, H. I., & Taha, H. I. Fractional CO2 Laser Is an Effective Therapeutic Modality for Xanthelasma Palpebrarum. Dermatologic Surgery, 40(12), 1349–1355, 2014

FOTOGRAFIA

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Melhorando a reabilitação pós exenteração de órbita

Mariana Rossi Silveira
Regina Rafael Marinho
Tatiana Mendes Costa
Suzana Matayoshi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

MELHORANDO A REABILITAÇÃO PÓS EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA

Mariana Rossi Silveira, Regina Rafael Marinho, Tatiana Mendes Costa, Suzana Matayoshi
HC - FMUSP





A reabilitação pós exenteração é um processo desafiador por suas implicações psicológicas, físicas e sociais. Próteses órbito-palpebrais aderidas à óculos ou com cola de silicone podem deixar a desejar, seja pela estética ou pela dificuldade de manipulação. Dispositivos imantáveis facilitam sua inserção no cotidiano do paciente, são mais bem ajustáveis e possibilitam uma boa estética.

VÍDEOS

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

APLICAÇÃO E RESULTADOS DE PEELING DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM PÁLPEBRAS INFERIORES

Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho
Rogério Leal Santos
Mariana Rossi Silveira
Vanessa Crispiniano Ramalho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

APLICAÇÃO E RESULTADOS DE PEELING DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM PÁLPEBRAS INFERIORES

Autores: Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho[1], Rogério Leal Santos[1], Mariana Rossi Silveira[1], Vanessa Crispiniano Ramalho[1]

[1]HC-FMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO: **Introdução**: O peeling químico consiste na aplicação de um ou mais agentes cáusticos sobre a pele, levando à sua esfoliação e posterior regeneração em novos tecidos.[1] O ácido tricloroacético(ATA) é um dos mais populares agentes químicos para esse fim. É usado em concentrações que variamde 10-50%, sendo ATA 10% para um peeling superficial, provocando esfoliação epidérmica, ATA 10-30% para um peeling médio,atingindo até derme papilar, e ATA 35-50% para um peeling profundo, acometendo a derme reticular média.[2] **Objetivos:** Demonstrar a realização do peeling de ATA 35% em região palpebral inferior e de ATA 15% em região malar,bem como o seuefeito na melhora da consistência da pele, clareamento de manchas e atenuação de rugas. **Metodologia**: Vídeo gravado no ambulatório de plástica ocular do HC-FMUSP. Após limpeza adequada da pele, foi realizado bloqueio anestésico com 1,5ml de lidocaína em região infraorbitária. A seguir, iniciada a aplicação do ATA 35% em região palpebra linferior e do ATA 15% em região malar, utilizando cotonete para espalhar delicadamente o produto, até que frosting uniforme esólido fosse visualizado.

Compressas com soro fisiológico foram aplicadas em região palpebral inferior por cerca de 2 minutos. Fotografias da paciente após 7,30 e 60 dias do peeling são demonstradas. Foi então repetido o procedimento e novos registros foram realizados com o mesmo intervalo de tempo. **Resultados:** Demonstramos de forma prática como realizar o peeling de ATA em pálpebras inferiores em ambulatório, com excelente tolerabilidade e com melhora acentuada da textura da pele, clareamento de manchas e amenização das rugas. **Conclusões:** O uso de ácido tricloroacético como peeling periorbital e palpebral para rejuvenescimento da pele vem ganhando aceitação significativa entre os cirurgiões oculoplásticos e dermatologistas, sendo uma substância estável, barata, que não causa toxicidade sistêmica e que vem mostrando resultados satisfatórios.[3] Link do vídeo: https://youtu.be/W7X3cdNx9OI

PALAVRAS-CHAVE: Ácido tricloroacético, Pálpebra, Peeling, Pele, Rugas

Referencias

1. Velasco MVR, Ribeiro ME, Bedin V, Okubo FR, Steiner D. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. An Bras Dermatol. 2004;79(1):91-9.

2. Figueiredo Yokomizo, Vania Marta; Tania Maria; Chisaki, Chinobu; Henneberg Benemond, Paula Peelings químicos: revisão e aplicação prática .Surgical & Cosmetic Dermatology, 2013; Sociedade Brasileira de Dermatologia.

3. Oremović L, Bolanca Z, Situm M. Chemical peelings-- when and why?Acta Clin Croat. 2010;49(4):545-8.

Colocação de fios de PDO em pálpebras, região glabelar, região perilabial e face (fios de sustentação)

Nathalia Kassis
André Borba

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

COLOCAÇÃO DE FIOS DE PDO EM PÁLPEBRAS, REGIÃO GLABELAR, REGIÃO PERILABIAL E FACE (FIOS DE SUSTENTAÇÃO)

Autores: Nathalia Kassis[1], André Borba[1]

[1]CNK - Clínica Dra Nathália Kassis

RESUMO: Os Fios são compostos de Polidioxanona, um material absorvível que, além do lifting com suspensão dos tecidos da face provocam também o estímulo de colágeno.

O efeito lifting acontece de forma mecânica por meio dos elementos fixadores dos fios (espículas) e por meio da formação de fibrose que é responsável pela sustentação da pele mesmo após a absorção do fio.

A neocolagênese ocorre a medida que o fio vai sendo absorvido pelo organismo, as células de fibroblastos que estão localizadas na derme produzem colágeno novo, e irão depositar este colágeno na localização que o fio ocupava.

Os fios são absorvidos em torno de 6 a 8 meses, porém, o que mantém o resultado é a fibrose que dura de 18 a 24 meses. Link do Vídeo: https://youtu.be/bR0xb2JHEoo

PALAVRAS-CHAVE: fios , lifting, neocolagênese, pdo, polidioxanona

ÓRBITA

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PÔSTERES

Aspectos clínicos e radiológicos da celulite orbitária grupo i de chandler

Sheila A. de Paula Cecchetti
Patricia Akaishi
Antonio Augusto Velasco e Cruz

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

ASPECTOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS DA CELULITE ORBITÁRIA GRUPO I DE CHANDLER

Sheila A. de Paula Cecchetti, Patricia Mitiko S.Akaishi, Antonio Augusto Velasco e Cruz

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

FMRP-USP RIBEIRÃO PRETO

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

INTRODUÇÃO

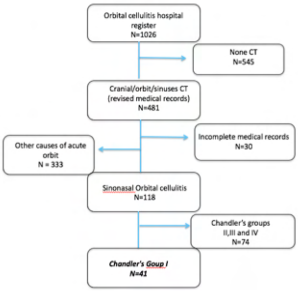
Em 1970, Chandler e colaboradores classificaram as celulites orbitárias secundárias à sinusite em 5 categorias (I-V), tendo como base o exame clínico. Exceto no grupo I, nota-se clinicamente sinais de comprometimento orbitário; proptose, deslocamento translacional do globo, perda da acuidade visual e comprometimento da motilidade ocular. Devido à paucidade de sintomas e sinais orbitários diversos autores ao longo dos anos vem erroneamente denominando o grupo I de Chandler de celulite pré-septal, que na verdade se trata de um estágio inicial de uma celulite orbitária.

OBJETIVOS

A celulite Grupo I de Chandler apresenta diferentes graus de envolvimento orbitário identificáveis pela tomografia computadorizada.

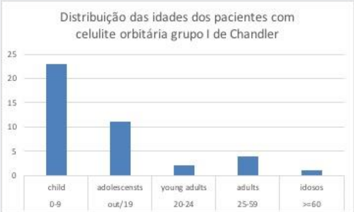
METODOLOGIA

Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários e das tomografias computadorizadas dos casos de celulite orbitária grupo I de Chandler atendidos no HCRP no período de 2000 a 2018.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 1026 pacientes atendidos com diagnóstico de celulite orbitária, 481 tiveram tomografias de órbita realizadas no serviço. Desses 118 eram celulites orbitárias secundárias à celulite. Pelos dados registrados em prontuário, 41 desses pacientes foram classificados como Grupo 1 de Chandler: ausência de alteração de motilidade ou outros sinais ou sintomas orbitários no atendimento inicial. A queixa de todos os pacientes era edema palpebral. A maioria desses pacientes tinham de 0 a 9 anos. E a maioria (27 – 65,85%) mostrava algum grau de acometimento da órbita (borramento da gordura orbitária, aumento da musculatura etc. (Figura 1)



CONCLUSÕES

Mesmo nas celulites orbitárias grupo I de Chandler, já existe, pelas imagens de tomografia, na maior parte dos pacientes, algum grau de acometimento da órbita.



Figura 1. Paciente com edema palpebral sem alteração de motilidade. Tomografia coronal mostra sinusite maxiloetmoidal e borramento do reto medial da órbita esquerda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Putterman AM, Urist MJ. Surgical anatomy of the orbital septum. Ann Ophthalmol. 1974;6(3):290-4.
2. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope. 1970;80(9):1414-28.
3. Le TD, Liu ES, Adatia FA, Buncic JR, Blaser S. The effect of adding orbital computed tomography findings to the Chandler criteria for classifying pediatric orbital cellulitis in predicting which patients will require surgical intervention. J AAPOS. 2014;18(3):271-7.
4. Pereira FJ, Velasco e Cruz AA, Anselmo-Lima WT, Elias Junior J. Computed tomographic patterns of orbital cellulitis due to sinusitis. Arq Bras Oftalmol. 2006;69(4):513-8.

Cistos respiratórios epiteliais de órbita secundários a trauma

Luiza Birck Klein
Caroline Akemi Sue
Ricardo Morschbacher

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

CISTOS RESPIRATÓRIOS EPITELIAIS DE ÓRBITA SECUNDÁRIOS A TRAUMA OCULAR

Luiza Birck Klein[1]; Caroline Akemi Sue[1]; Ricardo Morschbacher[2]
[1]Médica Oftalmologista, Fellow em Oculoplástica, Órbita e Vias Lacrimais do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre
[2]Médico Oftalmologista, Chefe de Ensino do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

HOSPITAL BANCO DE OLHOS DE PORTO ALEGRE

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

OBJETIVO

Descrever três casos de cistos respiratórios epiteliais de órbita secundários a trauma ocular

RELATO DOS CASOS

Caso 1: Masculino, 23 anos, apresentando saída de secreção mucopurulenta pela fenda interpalpebral esquerda. Havia sofrido ferimento por arma de fogo há 9 meses, com entrada do projétil através da maxila direita. Exame de olho esquerdo (OE) apresentava acuidade visual (AV) com ausência de percepção luminosa (desde o trauma), hipoglobo, esotropia e grande massa cística palpável em pálpebra superior esquerda (PSE) (fig 1)

Caso 2: Masculino, 49 anos, história de trauma em região frontal esquerda após acidente automobilístico há 30 anos e posterior reconstrução com material acrílico. Ao exame apresentava AV bilateral 20/15, hipoglobo e scleral show 2mm OE, discreto edema em canto medial de PSE e exoftalmometria 21/23mm. Tomografia computadorizada (TC) de crânio identificava imagem cística em parede medial de órbita esquerda (fig 1).

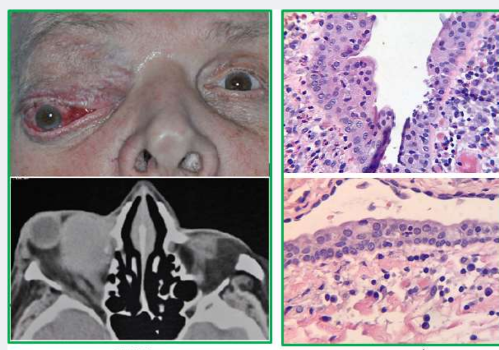


CASO 1 CASO 2

Figura 1.

Caso 3: Masculino, 78 anos, encaminhado por ceratite de exposição OD há 1 ano. História de trauma facial durante a infância, que evoluiu progressivamente com exotropia e hipotropia OD. Exame de OD com AV 20/300, leucoma corneano secundário a lagoftalmo, scleral show 4mm e hipotropia 15mm. Ressonância magnética e TC de crânio revelavam massa cística em quadrantes superiores de órbita direita (fig 2).

Todos os pacientes foram submetidos a biópsia excisional e o anatomopatológico identificou epitélio pseudoestratificado com células caliciformes, compatível com epitélio respiratório (fig 2).



CASO 3 ANATOMOPATOLÓGICO

Figura 2.

CONCLUSÃO

Cistos respiratórios de órbita pós-traumáticos são formados pela proliferação do epitélio respiratório depositado na órbita através de uma fratura orbitária ou após reparo cirúrgico da mesma. Apesar de raros, devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de tumores orbitários, principalmente em pacientes com história prévia de trauma ou cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Goh RLZ, Hardy TG, Williams RA, McNab AA. Respiratory epithelial cysts of the orbit. Orbit. 2016;35(5):245–9..
Al Abdulmohsen S, Ayoubi A, Al-Dandan S. Respiratory Epithelial Orbital Cyst: A Case Report and Literature Review. Case Rep Pathol. 2018;2018(Figure 3):1–4.

Congenital Infiltrating hemifacial lipomatosis

Victoria Marqués-Fernández
Alicia Galindo-Ferreiro
Trinidad Escudero-Caro

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Congenital Infiltrating Hemifacial Lipomatosis

V. Marqués-Fernández[1], A. Galindo-Ferreiro[1], T. Escudero-Caro [2]
[1] Department of Ophthalmology. Río Hortega University Hospital , Valladolid, Spain
[2] Departament of Radiology. Rio Hortega University Hospital, Valladolid, Spain.

INTRODUCTION

Congenital facial infiltrating lipomatosis (CFIL) is a rare disorder characterized by soft-tissue infiltration of mature non encapsulated lypocites. This unilateral fatty tissue infiltration always results in a facial asymmetry that progressively increases and is usually present at birth. We report a new case of CILF associatted with upper eyelid ptosis.

CASE REPORT

We described a 3 month baby girl (Fig.1) presented with a hyperplasia of subcutaneous tissue of her right face, which had been gradually progressing since birth, resulting in a mild facial asymmetry with upper lid eyelid unilateral ptosis. Developmental milestones and prenatal history were normal.

The patient had right eyelid puffiness with marginal reflex distance (MRD) right upper lid 3mm with cheek swelling and a flat angioma on her upper right eyelid. Ophthalmic and intraoral examination were normal. Magnetic resonance (MRI) showed diffuse lipomatous infiltration with increased thickness of the subcutaneous fat on right face and infratemporal región(Fig. 3) . No neurological, bony, teeth anomaly or other findings were associatted. Three months after first exploration , slow overgrowth of the face was noticed with a slight worsening of the ptosis without affecting the visual axis (Fig. 2)

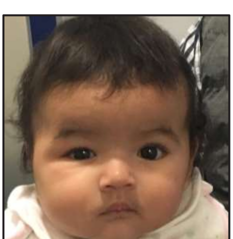


Fig.1 3 months old. Hemi Facial right side asymmetry with fullness upper eyelid and mild right upperlid ptosis

Since the asymmetry is mild with minimal progression for 6 months and no visual problems were found, a conservative approach has been chosen by the moment.



Fig.2 6 months old girl. Diffuse hypertrophy on her right side, upper lid ptosis, with puffiness on upper and lower lid.

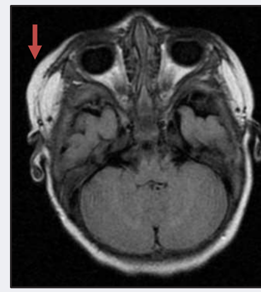


Fig.3. Magnetic Resonance (MRI) , Axial cut T1, showed diffuse lipomatous infiltration with increased thickness of the subcutaneous fat on right face and infratemporal región (arrow)

CONCLUSION

CFIL is a rare and progressive disease that poses a diagnosis challenge. Any surgery to reduce lipidic infiltration performed in periocular area can cause high morbidity. Gradual progress and recurrence make it even harder to cure. Our case should be frequently reviewed in order to rule out amblyopia due to her eyelid ptosis. Besides, the psychological impact on such patients must be considered

References

1- Frimpong G. et cols. Congenital infiltrating lipomatosis of the face with hyperplastic mandibular, maxillary and pterygoid bones: case report and a review of literatura. Int Med Case Rep J. 2018 Sep 18;11:233-238
2- Langhans L. Lipomatous tumours of the face in infants: diagnosis and treatment. J Plast Surg Hand Surg. 2015 Oct;49(5):260-264
3- Tadisina KK. Syndromic lipomatosis of the head and neck: a review of the literatura. Aesthetic Plast Surg. 2015 Jun;39(3):440-8
4-Balaji SM . Congenital diffuse infiltrating facial lipomatosis. Ann Maxillofac Surg. 2012 Jul;2(2):190-6

Diagnóstico Diferencial Precoce de Complicações Orbitárias Agudas na Infância

Aline Ferreira Zwetkoff
Ana Rosa Pimentel de Figueiredo

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Diagnóstico Diferencial Precoce de Afecções Orbitárias na Infância: Relato de 3 Casos

Aline Ferreira Zwetkoff [1], Ana Rosa Pimentel de Figueiredo [1,2]

[1] UFMG-HSG - Universidade Federal de Minas Gerais - Hospital São Geraldo (Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte-MG), [2] OCP BH - Oculoplástica BH (Av. do Contorno 4747, Belo Horizonte - MG)

UFMG

Hospital São Geraldo HC/UFMG Fundado em 1920

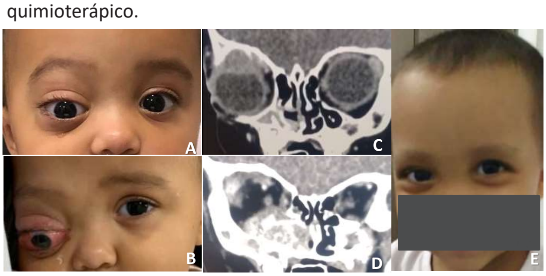
28° Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021

INTRODUÇÃO

A avaliação da criança com proptose pelo oftalmologista deve ser embasada no reconhecimento de características clínicas fundamentais ao processo diagnóstico. A forma de instalação e evolução da proptose, o padrão anatômico e clínico da lesão, a idade do paciente e a presença de outros sinais e sintomas associados guiam o médico assistente no algoritmo de investigação dos diagnósticos diferenciais da patologia que se apresenta.

RELATO DE CASOS

Caso 1: Paciente feminina de 1 ano e 6 meses, com proptose do olho direito de evolução rapidamente progressiva nas últimas 4 semanas. Ao exame oftalmológico, apresentava proptose e deslocamento inferior do olho direito. A TC das órbitas identificou múltiplas tumorações na órbita, nos seios paranasais e no ângulo da mandíbula. A investigação sistêmica se prolongou por mais 4 semanas, período no qual houve progressão significativa do tumor. A biópsia da medula óssea e do tumor em suprarrenal confirmou o diagnóstico de neuroblastoma metastático e foi indicado tratamento quimioterápico.



A: Aspecto inicial. B: Evolução da proptose até início da quimioterapia. C e D: Imagens de TC. E: Um ano após início do tratamento

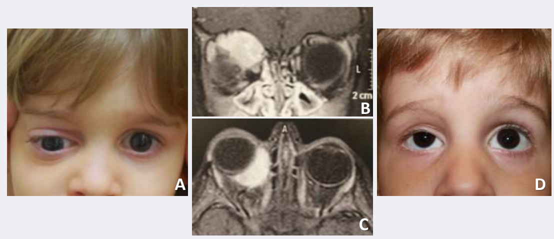
Caso 2: Paciente feminina de 1 ano e 2 meses, com proptose e deslocamento ínfero-medial do globo ocular direito há 2 meses. A TC e RM das órbitas evidenciaram volumosa massa infiltrativa retrobulbar intra e extra-conal.

A ressecção máxima do tumor associada à investigação sistêmica complementada com biópsia de medula apontou para leucemia mielóide aguda e foi indicada quimioterapia.



A: Apresentação inicial. B: Imagem de RM. C: Melhora clínica após 4 ciclos de quimioterapia.

Caso 3: Paciente masculino de 2 anos e 2 meses, com redução progressiva da fenda palpebral direita há 25 dias. Uma semana antes da admissão foi notado desvio ínfero-lateral do globo ocular. A TC das órbitas identificou tumoração hipercaptante na região súpero-medial da órbita. O paciente foi prontamente submetido a biópsia excisional, cuja análise histopatológica e imunohistoquímica revelou rabdomiossarcoma embrionário. Foi indicado tratamento com quimioterapia e radioterapia.



A: Aspecto inicial. B e C: Imagens de TC. D: Um ano após início do tratamento.

COMENTÁRIOS

Os três casos ilustram afecções orbitárias que, embora infrequentes, precisam suscitar alto nível de suspeição ainda em estágio precoce devido à alta morbi-mortalidade envolvida na doença de base. A forma de apresentação agressiva, com rápido crescimento do tumor na órbita deve sempre levantar a suspeita de malignidade.

Das três patologias apresentadas, o rabdomiossarcoma representa o mais frequente tumor maligno orbitário da infância e o seu clássico padrão de acometimento de região súpero-medial da órbita deve ser prontamente reconhecido.

CONCLUSÃO

O primeiro exame da criança com patologia orbitária deve guiar de forma rápida e assertiva a cadência de exames e procedimentos, no intuito de alcançar o diagnóstico precoce, evitar o dano iatrogênico de exames desnecessários e instituir o tratamento precoce. No caso destes tumores orbitários agressivos, o prognóstico piora rapidamente à medida que o diagnóstico é atrasado.

REFERÊNCIAS

- ROOTMAN, J. *Diseases of The Orbit. A Multidsciplinary Approach*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Shields, J. A., Bakewell, B., Augsburger, J. J., Donoso, L. A., & Bernardino, V. (1986). Space-occupying Orbital Masses in Children. Ophthalmology, 93(3), 379–384. doi:10.1016/s0161-6420(86)33731-x

Linfangioma de órbita em criança - Relato de caso

Amanda Alexia Matheus Pires de Almeida
Luiz Antônio Jorge Júnior
Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim
Silvana Artioli Schellini

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Linfangioma de órbita em criança- Relato de caso

Amanda Alexia Matheus Pires de Almeida[1]; Luiz Antônio Jorge Júnior[1]; Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim[1]; Silvana Artioli Schellini[1]

Serviço de Plástica Ocular

[1]Faculdade de Medicina- Universidade Estadual Paulista – UNESP, Botucatu

INTRODUÇÃO

Os linfangiomas são malformações compostas por múltiplos cistos, originadas do sistema linfático e vascular, ocorrendo mais comumente no região da cabeça e pescoço de crianças. A prevalência foi estimada em 1,1 a 5,3 casos por 10.000 nascidos vivos, representando 4% dos tumores vasculares e aproximadamente 25% dos tumores vasculares pediátricos benignos. Na órbita os linfangiomas somam 1 a 4% de todas as lesões orbitais.

Na infância é comum o surgimento de proptose após pequeno trauma ou infecção de via respiratória superior. O próprio linfangioma ou o sangramento associado pode restringir a motilidade ocular e causar neuropatia óptica compressiva por efeito de massa. Embora benignos podem cursar com dor, distopia, desfiguração cosmética e problemas com o desenvolvimento visual.

O diagnóstico é confirmado por imagens radiológicas para avaliação simultânea do tamanho e extensão da lesão, sendo o achado patognomonico os múltiplos cistos, com nível líquido, chamados "cistos-chocolate", isointensos em imagens de ressonância magnética ponderada em T1 e hiperintensa em imagens ponderadas em T2, apresentando septações internas.

O tratamento do linfangioma é desafiador. É comum a observação até que haja baixa de AV, ceratopatia de exposição ou desfiguração grave. Depende do tamanho dos cistos, localização e composição vascular.

OBJETIVOS

Apresentar um caso de linfangioma orbitário com proptose em criança, com resolução após remoção cirúrgica da lesão.

MÉTODOLOGIA

Relato de caso.

RESULTADOS

Paciente feminina, 12 anos, apresentou proptose axial súbita à direita, acompanhada de dor, restrição da movimentação ocular e diplopia (Fig.1A). Exames de imagem evidenciaram lesão bem delimitada, cística, intra-conal, medindo 2,6x2,0cm (Fig.2A). Biópsia incisional confirmou que a lesão era constituída de vasos linfáticos ectasiados e sem atipias, compatível com linfangioma. A criança evoluiu com piora da proptose e redução da acuidade visual (AV) (Fig.1B, Fig.2A-D). Nova abordagem cirúrgica com remoção total de grande cisto-chocolate localizado em região intra-conal e no quadrante supero-medial da órbita resultou em recuperação da AV, resolução da proptose e da movimentação ocular (Fig.1C,1D).



Figura 1- Sequência de imagens: Pré-operatório (A), após biópsia da lesão e hemorragia do cisto-chocolate intraconal (B), Aspecto um mês após exérese do linfangioma (C) e pós-operatório tardio de 5 meses após primeira abordagem cirúrgica (D).

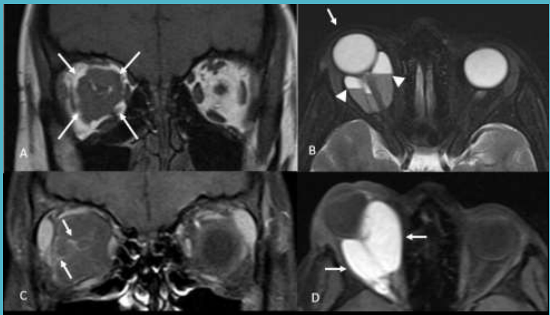


Figura 2- Ressonância magnética das órbitas nas ponderações em T1 coronal (A), T2 axial (B) e T1 coronal com saturação de gordura pós-contraste (C), evidenciando proptose (seta em B) por lesão intraconal multisseptada, envolvendo o nervo óptico, bem delimitada em relação à musculatura extraocular (setas em A), com níveis líquido-líquido (cabeças de seta em B) e leve realce de septos (setas em C). Ponderação em T1 no plano axial com saturação de gordura realizada posteriormente, após acentuação da proptose, evidenciando aumento volumétrico da lesão, com conteúdo homogeneamente hiperintenso em T1, compatível com a presença de hemorragia intralesional recente (setas em D).

A criança que apresentamos apresentou um linfangioma de evolução típica, ocorrendo em criança na primeira década de vida, com proptose.
A extensa proptose decorreu de hemorragia do "cisto -chocolate" após a biópsia excisional. Este tipo de hemorragia é frequente nos linfangiomas após pequenos traumas ou mesmo infecção de vias aéreas superiores.
Houve redução da AV em decorrência da compressão do nervo óptico pelo grande aumento de volume intra-orbitário. Porém, a instituição de tratamento rápido e eficiente, com remoção completa da lesão, fez com que a AV retornasse ao normal, assim como os outros parâmetros que haviam se alterado, como a proptose e recuperação da motilidade extrínseca.
Há diversos tipos de tratamentos sugeridos para o linfangioma orbitário. Para cistos de cerca de 2cm, podem ser usadas injeções de substâncias esclerosantes intralesionais como Picibanil (OK-432), tetradecil sulfato de sódio, doxiciclina, etanol e bleomicina. Sildenafil e Sirolimus também são opções potencialmente eficazes.
A remoção cirúrgica, como o que utilizamos no caso aqui descrito, com ou sem o auxílio de cola de fibrina, é a opção para as grandes lesões. No entanto, a excisão completa é improvável, podendo haver recidiva da lesão.

CONCLUSÕES

O linfangioma orbitário pode se manifestar com grande proptose e redução da AV, como ocorreu com a criança que aqui relatamos A escolha do tratamento depende do tamanho, localização e composição vascular da lesão. Como a lesão aqui descrita era muito grande, a remoção cirúrgica se fez necessária, com recuperação da AV e manutenção das estruturas oculares e orbitais.

Manipulação de supercílio evoluindo para óbito, secundário à celulite complicada: um relato de caso

Aristóteles Antonio Domingues Neto
Fernanda Mendonça Galvão
Roberto Murillo Limongi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

MANIPULAÇÃO DE SUPERCÍLIO EVOLUINDO PARA ÓBITO, **SECUNDÁRIO À CELULITE COMPLICADA: UM RELATO DE CASO**

Aristóteles Antonio Domingues Neto; Fernanda Mendonça Galvão; Roberto Murillo Limongi

Hospital de Olhos da UFG

OBJETIVOS / METODOLOGIA

Relatar caso de paciente com celulite pós-septal bilateral, secundária à foliculite de supercílio, com graves complicações que resultaram em óbito.

RESULTADOS

XY, 55 anos, sexo feminino, hipotireoidismo como única comorbidade, refere automanipulação de foliculite em supercílio esquerdo (E) com agulha não estéril um dia antes do surgimento de sinais flogísticos em órbita direita (D). Buscou atendimento médico já no 1º dia de sintomas, sendo prescrito cefalexina via oral. Após 3 dias, com a piora dos sintomas, buscou novamente unidade de saúde, onde realizou Tomografia Computadorizada (TC) de crânio que evidenciou celulite pré-septal à D. Optaram pelo escalonamento da antibioticoterapia para ceftriaxone endovenosa (EV) em regime de leito-dia. Paciente não compareceu adequadamente para administração da medicação durante 5 dias, apresentando piora dos sintomas e dor à movimentação ocular à D, além do surgimento de clínica semelhante à E. Foi, então, encaminhada ao serviço oftalmológico, no qual apresentou queixa de dor ocular/cefaleia intensa e, ao exame: à D, proptose, edema e hiperemia bipalpebrais, quemose e hiperemia conjuntival, além de oftalmoplegia, pupila pouco reativa, acuidade visual (AV) de conta dedos a 1m. À E, apresentava sinais flogísticos bipalpebrais, com restrição leve da movimentação ocular, AV preservada (0.8). Internada para antibioticoterapia de amplo espectro EV (ceftriaxone + vancomicina + metronidazol). Evoluiu com manutenção da dor ocular/cefaleia e início de tosse e dispneia em 3º dia de internação, apresentando aos exames de imagem celulite pós septal bilateral, lesões intracerebrais, espessamento paquimeníngeo, trombose de seio cavernoso bilateral e êmbolo séptico pulmonar. Exames reumatológicos negativos. Em 4º dia de internação hospitalar, manifestou rebaixamento do nível de consciência. Em TC, hemorragia intraparenquimatosa extensa e hemoventrículo. Diagnóstico clínico de morte encefálica subsequente.



Figura 1. 1º dia do quadro.



Figura 2. Hemorragia IC

CONCLUSÕES

A celulite orbitária é uma afecção grave e requer diagnóstico e manejo precoce do paciente, visto que as complicações sao graves e ameaçadoras à vida.

Melanoma primário de órbita

Marcelo Velloso Fabris
Luiza Birck Klein
Ricardo Mörsbächer

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021

MELANOMA PRIMÁRIO DE ÓRBITA – UM RELATO DE CASO

Marcelo Velloso Fabris[1], Luiza Birck Klein[2], Ricardo Mörsbächer [3]
[1]Residente de ISCMPA, [2]Fellowship HBO/ISCMPA, [3]Professor titular Oftalmologia UFSCPA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PORTO ALEGRE

OBJETIVO

O melanoma primário de órbita é uma condição muito rara. Reportamos um caso e sua evolução. Relatar um caso de melanoma primário de órbita.

METODOLOGIA

As informações foram obtidas através da revisão de prontuário, registro fotográfico do paciente e métodos diagnósticos.



Imagem 1 – lesão violácea em conjuntiva

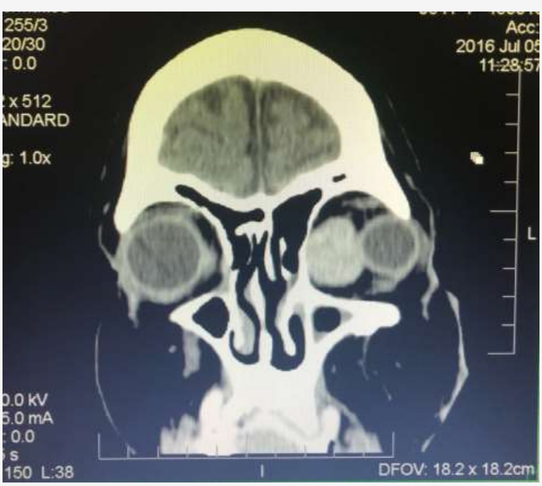


Imagem 2 – Tc de órbita evidenciando lesão em órbita esquerda

RESULTADOS

Paciente feminina, branca, 55 anos, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com hemangioma congênito em hemiface esquerda e múltiplos tratamentos cirúrgicos ao longo da vida, com ressecções e enxertos. Apresentou-se com quadro de proptose e edema periorbital com 1 mês de evolução, acuidade visual 20/20 ambos olhos, exoftalmometria 19/28 mm, com restrição de olho esquerdo à dextroversão. Tomografia mostrou massa bem delimitada na porção média da órbita, sem invasão de estruturas adjacentes ou erosão óssea, compatível com hemangioma. Após 6 meses, proptose aumentou 2mm em olho esquerdo, com surgimento de lesão violácea em conjuntiva bulbar medial. Novo exame de imagem não mostrou diferença significativa nas medidas de lesão prévia, sendo decidido exérese cirúrgica. Já, no trans-operatório, constatou-se que não se tratava de lesão vascular, realizando-se biópsia. Laudo anatomopatológico foi de melanoma, confirmado por imunohistoquímica. O estadiamento não mostrou qualquer outro tumor sistêmico. Realizada exenteração total de órbita juntamente com equipe de neurocirurgia. Paciente com 1 ano e 9 meses de seguimento pós-operatório sem sinais de metástase ou recidiva.

CONCLUSÃO

Apresentamos um melanoma primário de órbita, tumor muito pouco frequente, com uma apresentação díspar e abordagem multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anna M. et al. Primary Orbital Melanoma: Presentation, Treatment, and Long-term Outcomes for 13 Patients. Front Oncol. 2017; 7: 316.

Figueira E, et al. Primary orbital melanoma: a case series and literature review. Orbit. 2018 Oct;37(5):352-357.

Microftalmo associado a cisto colobomatoso: relato de caso

Ingrid de Oliveira Haubert Magalhães
Luísa Grave Gross
Roberto Caldato

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

MICROFTALMO ASSOCIADO A CISTO COLOBOMATOSO: RELATO DE CASO.

Ingrid de Oliveira Haubert Magalhães[1], Luísa Grave Gross[2], Roberto Caldato[3]

[1] Fellowship de Oftalmoplástica – UNICAMP
[2] Residente de Oftalmologia- UNICAMP
[3] Chefe do serviço de Oftalmoplástica – UNICAMP

Hospital de Clínicas da UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO
7 e 8 maio 2021

INTRODUÇÃO

A microftalmia congênita é uma condição rara, na qual o eixo axial do olho está reduzido, malformado e pode estar associada com cisto colobomatoso. Neste estudo, relatamos um caso de uma paciente encaminhada para o serviço de oftalmologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP para investigação de tumoração congênita orbitária.

RELATO DO CASO

Paciente, 3 meses, encaminhada por tumoração orbitária à esquerda, cuja investigação com RNM e USG ocular evidenciou microftalmia congênita associada a cisto colobomatoso à esquerda e presença de cisto colobomatoso adjacente ao nervo óptico de olho direito (OD). Realizada enucleação à esquerda e exérese de lesão cística adjacente, cujo anatomopatológico confirmou microftalmia associada à malformação ocular com cisto colobomatoso grande. Paciente apresentou bom resultado cirúrgico pós-operatório e foi encaminhada para acompanhamento protético e para estimulação visual de OD, cuja conduta foi expectante por não haver sinais de compressão de nervo óptico.

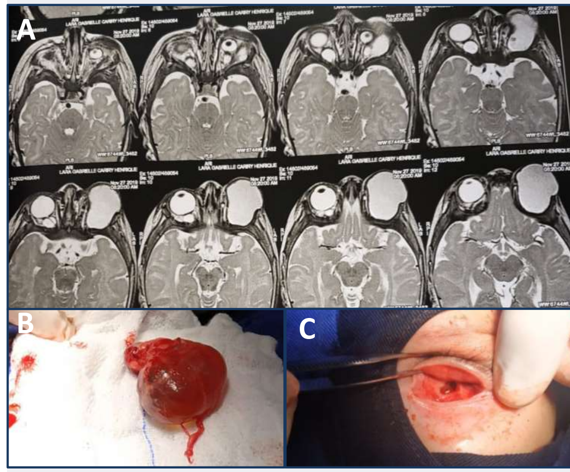


Figura 1: A. RNM: microftalmia congênita associada a cisto colobomatoso à esquerda e presença de cisto colobomatoso adjacente ao nervo óptico de olho direito; **B.** Enucleação e exérese de lesão cística adjacente; **C.** Cavidade anoftálmica.

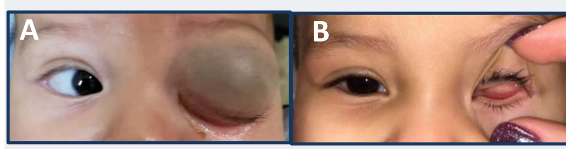


Figura 2: A. Pré-operatório; **B.** Pós-operatório 6 meses.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

O diagnóstico definitivo é dado a partir do exame de anatomopatológico e os exames de USG, TC e RNM são os mais utilizados para avaliar as características da lesão e sua relação com tecidos adjacentes e evidenciar malformações cranioencefálicas associadas. O tratamento depende da forma clínica. Em casos de cisto colobomatoso com deformidade óssea, alteração palpebral ou proptose associada, indica-se tratamento cirúrgico. O diagnóstico e tratamento adequados desta patologia são fundamentais para o bom crescimento órbito-palpebral na infância e assim assegurar melhor desenvolvimento psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Stoll C, Alembik Y, Dott B, et al. Epidemiology of congenital eye malformations in 131 760 consecutive births. Ophthalmic Paediatr Genet 1992;13:179–86.
2. Tânia Pereira et al. Microftalmia com cisto colobomatoso orbitário: relato de casos. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 67, n. 4, p. 649-652, Aug. 2004
3. Retrobulbar Bilateral Optic Nerve Colobomatous Cysts; MRI & CT Imaging Features e NUNES, Tânia Pereira et al. Microftalmia com cisto colobomatoso orbitário: relato de casos. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 67, n. 4, p. 649-652, Aug. 2004

Orbital metastatic neuroblastoma case series

Laís Yumi Sakano
Daniel Haruo Ishigai
Aline Pimentel de Miranda
José Vital Filho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

ORBITAL METASTATIC NEUROBLASTOMA

CASE SERIES

Laís Yumi Sakano, Daniel Haruo Ishigai, Aline Pimentel de Miranda;
José Vital Filho
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUCTION

Neuroblastoma is the most common extracranial pediatric solid tumor and can present orbital metastases. Proptosis and periorbital ecchymosis are the most common signs of orbital involvement.[1,2]

CASE 1

Girl, one-year-old, presented with progressive proptosis of the left eye in three weeks. Abdominal computed tomography (CT) presented expansive calcified mass in right adrenal gland and left femur with heterogeneous bone trabeculae. Head magnetic resonance imaging described with multiple extra-axial expansive lesions affecting sphenoid wings, and orbit CT with osteolytic lesion on left zygomatic (figure 1). Myelogram with megakaryocytic hyperplasia. Cerebral biopsy suggested neuroblastoma. She is under the first cycle of chemotherapy, and her proptosis and chemosis have worsened.

CASE 2

Boy, two-years-old, with bilateral periorbital ecchymosis and left proptosis (figure 2) in two weeks. Abdominal ultrasound described with heterogeneous solid mass compromising right adrenal gland, head CT demonstrated sutural diastasis, hair on end periosteal reaction and neuroblastoma bone metastasis in the cranial vault with dural invasion. Myelogram presented bone marrow with metastatic tumoral infiltration, suggestive of neuroblastoma. He was submitted to 5 cycles of chemotherapy but died after one year of diagnosis.



Fig. 1



Fig. 2

CONCLUSION

Despite the multiple treatment modalities, the survival rate for patients with metastatic neuroblastoma remains low.

BIBLIOGRAFIA: 1. Brisse HJ, McCarville MB, Granata C, Krug KB, Wootton-Gorges SL, Kanegawa K, et al. Guidelines for imaging and staging of neuroblastic tumors: consensus report from the International Neuroblastoma Risk Group Project. Radiology. outubro de 2011;261(1):243–57. 2. Smith SJ, Diehl NN, Smith BD, Mohney BG. Incidence, ocular manifestations, and survival in children with neuroblastoma: a population-based study. Am J Ophthalmol. abril de 2010;149(4):677-682.e2.

Perfil clínico, evolução e sobrevida de pacientes com melanoma de coroide tratados em um hospital de referência no sul do Brasil

Caroline Akemi Sue
Astor Grumann Junior

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PERFIL CLÍNICO, EVOLUÇÃO E SOBREVIDA DE PACIENTES COM MELANOMA DE COROIDE TRATADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL

Caroline Akemi Sue[1]; Astor Grumann Junior[2]
[1]Médica Residente em Oftalmologia do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-SC)
[2]Médico Oftalmologista, Chefe do Setor de Plástica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-SC)

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

INTRODUÇÃO

O melanoma de coroide é o tumor intraocular maligno primário mais comum no adulto e corresponde a 90% dos melanomas uveais. É considerado um tumor agressivo, já que estima-se um risco de metástase de 25% dos pacientes em 5 anos e de 35% em 15 anos, além de taxa de mortalidade de 50% dez anos após o diagnóstico. Nesse sentido, o diagnóstico e tratamento precoces tem grande relevância no prognóstico de vida dos pacientes.

OBJETIVOS

Estudar o perfil clínico, evolução e taxa de sobrevida de pacientes portadores de melanoma de coroide submetidos a enucleação de globo ocular em um hospital de referência no sul do Brasil.

MÉTODOLOGIA

Análise retrospectiva de prontuários médicos de 46 pacientes com melanoma de coroide diagnosticados e tratados em um hospital de referência no sul do Brasil no período de 01/01/2011 a 31/12/2019. Avaliou-se dados epidemiológicos, características clínicas, anatomopatológicas e evolução dos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes eram predominantemente do sexo masculino (58,7%), com idade média ao diagnóstico de 62 anos e caucasianos (100%). O sintoma mais frequente foi a perda de acuidade visual (86,9%) e 63% apresentavam descolamento de retina exsudativo ao diagnóstico. O tamanho médio do tumor foi 12,5mm de diâmetro basal e 7,02mm de espessura e a localização preferencial do tumor ocorreu em polo posterior. O tipo histológico predominante foi fusiforme (32,6%), seguido de celularidade mista (28,3%) e epitelioide (15,2%). Houve predomínio de lesões pigmentadas, presentes em 22 (47,8%) pacientes, e o formato nodular foi o mais frequente, constatado em 18 (39,1%) casos. Em relação à evolução dos casos, 12 (26,1%) pacientes foram a óbito no período do estudo e, destes, 6 (13%) apresentaram metástases, sendo 4 (8,69%) casos hepáticos e 2 (4,34%) pulmonares.

O Teste de Kaplan-Meier encontrou uma taxa de sobrevivência geral de 97% (IC 95%: 91,3 - 100), 62% (IC 95%: 46,5 -82,7) e 55,1% (IC 95%: 38,1 - 79,7) em um, três e cinco anos após o diagnóstico, respectivamente (fig. 1). Além disso, houve significância estatística em relação à idade ao diagnóstico (p=0.02): a probabilidade de sobrevida em dois anos de pacientes com diagnóstico em idade inferior a 63 anos foi de 85,6% (IC 95%: 68,8 – 100), cerca de 10% maior que em indivíduos com idade igual ou superior a 63 anos (76,5%) (IC 95%: 58,7 – 99,5) (fig. 2).

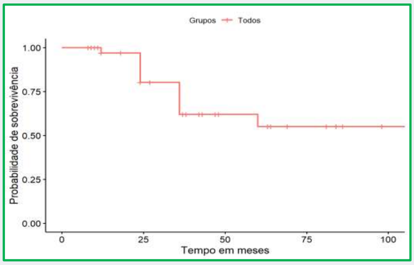


Figura 1. Sobrevivência geral dos pacientes com melanoma de coroide

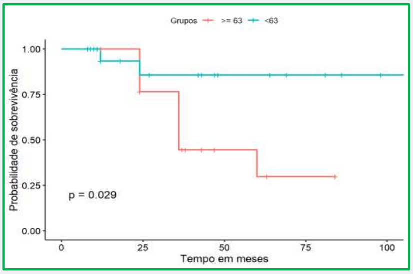


Figura 2. Sobrevida geral por idade

CONCLUSÕES

Os pacientes eram predominantemente do sexo masculino, brancos e com idade média ao diagnóstico que coincide com a faixa etária de maior acometimento da doença. As taxas de sobrevida encontradas vão de encontro com as taxas relatadas por outros autores. Além disso, o diagnóstico em idade mais precoce (<63 anos) esteve associado a melhor prognóstico da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Shields CL *et al*. Clinical spectrum and prognosis of uveal melanoma based on age at presentation in 8,033 cases. Retina. 2012;32(7):1363–72.

Wong W, *et al*. Clinical spectrum, treatment and outcomes of uveal melanoma in a tertiary centre. Singapore Med J. 2019;60(9):474–8.

Positividade de células plasmáticas IgG4 em biópsias orbitárias de condições não relacionadas a IgG4-RD

Maria A. Belen Camacho
Barbara S. A. Cunha
Antônio Augusto V. Cruz

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Positividade de Células Plasmáticas IgG4 em Biópsias Orbitárias de condições não relacionadas a IgG4-RD

Maria A. Belen Camacho, Barbara S. A. Cunha,
Antônio Augusto V. Cruz
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/USP

FACULDADE de MEDICINA de RIBEIRÃO PRETO
28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR
7 e 8 maio 2021

INTRODUÇÃO

A doença relacionada a IgG4 (IgG4-RD) é uma condição sistêmica definida como uma enfermidade fibroinflamatória caracterizada pela ocorrência de lesões semelhantes a tumor em vários órgãos, incluindo os anexos oculares. O principal critério de diagnóstico da doença associada à IgG4 (IgG4-RD) é a presença da relação IgG/ IgG4 > 40% em biópsias dos tecidos afetados.

OBJETIVOS

Revisar a literatura de condições orbitárias não-IgG4-RD com significativa positividade para IgG4 e apresentar dois casos incomuns desse tipo de ocorrência.

MÉTODOS

Revisão sistemática das bases de dados Medline, Lilac, Scopus e Embase de todos os artigos que usavam os termos IgG4, (IgG4 RD e órbita) ou (IgG4 RD e órbita e linfoma) e descrição de dois casos incomuns. Foram excluídos os relatos sem comprovação histológica do acometimento orbitário.

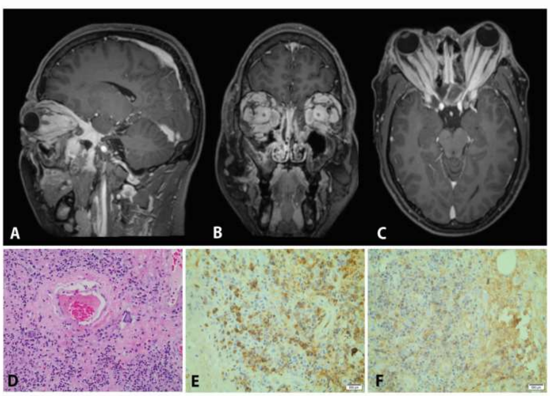
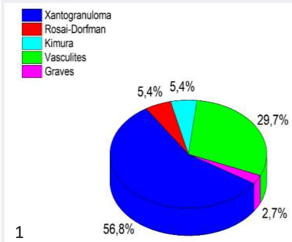


Fig. 1 : RMN infiltração bilateral orbitaria com extensão cavo de Meckel e trigêmeo; A) Corte sagital; B) Corte coronal; C) Corte axial; Histopatologia: D: Inflamacao granulomatosa com celulas gigantes multinucleadas envolvendo a parede vascular (H&E, 200X); E e F : Infiltrado plasmocitario apresentando moderado número de células plasmaticas IgG4+ (IgG4/IgG > 60%)

RESULTADOS

Foram encontrados 20 relatos (37 pacientes) de positividade IgG4 em uma grande variedade de doenças distintas tais como: vasculites, histiocitoses, orbitopatia de Graves e doença de Kimura, Gráfico 1 .Positividade IgG4 foi também verificada em 108 pacientes (14 artigos) com proliferações linfoides reacionais (n = 9) ou linfomas (n = 99), Gráfico 2



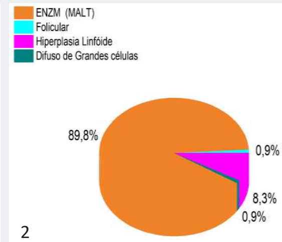


Grafico: 1 Porcentaje de pacientes de doenças autoinmunes com células plasmáticas IgG4 . A maior porcentaje encontrado e Xantogranuloma .
Grafico 2: Porcentaje de pacientes com Proliferações Linfoides com células plasmáticas IgG4. A maior porcentaje encontrado e MALT

O caso e um paciente com vasculite de Churg-Strauss do HCFMRP-USP que apresento proptose bilateral e exotropia a direita . A ressonância magnética das órbitas e do cérebro revelou infiltração bilateral maciça de órbitas, da caverna de Meckel e das 3 divisões do trigêmeo (Figura1).
Outro caso e uma paciente com histiocitose de Rosai-Dorfman do KKESH (Arábia Saudita) com apresentação de uma lesão em pálpebra inferior . A ressonância magnética das órbitas e do cérebro mostrou massas sólidas, no lado direito invasão orbitaria e no lado esquerdo se estendia para o espaço mastigatório, envolvia a divisão mandibular do nervo trigêmeo (figura 2). Ambos casos apresentaram relação IgG/ IgG4 > 40% em suas respectivas biópsias orbitárias (figura1-2).

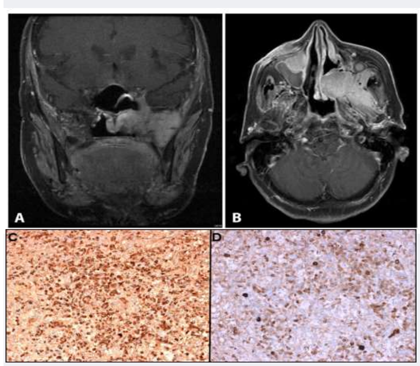


Fig 2 : RMN apresentando infiltração orbitaria e divisão mandibular do trigêmeo. A) Corte Coronal; B) Corte Axial; C e D Infiltrado plasmocitario apresentando moderado número de células plasmaticas IgG4+ (IgG4/IgG > 85%)

CONCLUSÕES

O papel das células plasmáticas IgG4+ na patogênese de diferentes condições nosológicas não está claro. Considerando o grande espectro de doenças causadas por uma variedade de diferentes mecanismos etiopatogênicos, é possível que a positividade IgG4 esteja relacionada às peculiares propriedades desse anticorpo em regular negativamente a resposta imune e não a uma relação específica a IgG4-RD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamano H, Kawa S, Horiuchi A, Unno H, Furuya N, Akamatsu T, et al. High serum IgG4 concentrations in patients with sclerosing pancreatitis. N Engl J Med. 2001;344:732-738.
2.Mudhar HS, Bhatt R, Sandramouli S. Xanthogranulomatous variant of immunoglobulin G4 sclerosing disease presenting as ptosis, proptosis and eyelid skin plaques. Int Ophthalmol. 2011;31:245-248.
3.Lighaam LC, Rispens T. The Immunobiology of Immunoglobulin G4. Semin Liver Dis. 2016;36:200-215.

Rabdomiossarcomas orbitais: uma revisão dos casos do setor de órbita da santa casa de são paulo

Carolina Ando Matsuno
Ivana Romeiro Kusabara
José Vital Filho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

RABDOMIOSSARCOMAS ORBITAIS: UMA REVISÃO DOS CASOS DO SETOR DE ÓRBITA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Autores: Carolina Ando Matsuno, Ivana Romeiro Kusabara, José Vital Filho

Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

INTRODUÇÃO

Rabdomiossarcoma (RMS) é uma neoplasia maligna de origem de células mesenquimais pluripontentes, sendo o tipo mais frequente de sarcoma de tecidos moles em crianças.[1] O sítio primário mais frequente é a região de cabeça e pescoço, sendo a região orbital acometida em 10% dos casos[1] e apresenta melhor prognóstico.[2,3,4] São divididos em tipo histológico embrionário, alveolar, pleomórfico e botrióide. [1-8]

As características clínicas são proptose progressiva abrupta, que se desenvolve em dias a semanas. Associada com a presença de massa tumoral palpável e firme, com distopia do globo ocular. A localização mais encontrada é na órbita súpero-temporal. As pálpebras, quando acometidas, apresentam coloração rosada. Se houver compressão do globo ocular ou do nervo óptico, dobras de coroide e edema de disco podem ser observados, respectivamente. [7]

O tratamento inclui quimioterapia e terapia local como radioterapia e cirurgia, com envolvimento sequelar. [9] Independente do estágio ou grupo, todos são indicados para quimioterapia, tendo a taxa de sobrevida em 5 anos melhorado para 92%. A quimioterapia padrão é VAC (vincristina, actinomicina D e ciclofosfamida).[7] A radioterapia também pode ser utilizada para controle da recorrência local, porem apresenta como anormalidades da superfície ocular, catarata, retinopatia. Já a cirurgia, como exenteração e exérese conservadora dos tumores tem papel principal a biopsia diagnóstica.[7,8,10]

OBJETIVOS

Analisar os casos de RMS que foram acompanhados no serviço de oftalmologia da Santa Casa de São Paulo no setor de especialidade de órbita. Revisar a apresentação clínica inicial, diagnóstico, tratamento, complicações, resultados visuais e sistêmicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma avaliação retrospectiva dos dados de prontuários de 9 pacientes com diagnóstico de rabdomiossarcoma de órbita tratados em um hospital terciário no setor da oftalmologia, no período de 2006 a 2020.

Feita a análise descritiva de fatores como idade, sexo, apresentação clínica, subtipo histológico, localização do tumor na órbita, tratamento e seguimento e comparar os achados com a atual literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O RMS de órbita é o tumor maligno mais frequente na infância,[5,10] sendo este dado compatível com o total de casos atendidos em nosso serviço. A idade dos pacientes variou de 01 à 86 anos, sendo mais frequente em crianças (06 casos, de 1-9 anos), adulto jovem (02 casos, 23 e 24 anos), e idoso (01 caso, 86 anos). Porém dos casos infantis, apenas 2 pacientes eram do sexo masculino, diferindo da predileção masculina previamente descrita de 5:3.[7] Considerando os casos adultos jovens e idoso, os 3 pacientes eram do sexo masculino.

Na maioria dos casos, o efeito de massa apresentava-se em toda a órbita principalmente superior ao globo ocular (GRÁFICO 1). A predileção pelo sítio orbitário supero medial em crianças no subtipo embrionário, já é descrita na literatura.[7]

Todos os pacientes tinham queixas recentes, sendo a média do início dos sintomas referidos de 2 meses ±1 mês. Dois dos casos pediátricos apresentaram acometimento da visão ipsilateral a lesão encontrada, em um deles defeito pupilar aferente.

Todos os diagnósticos foram realizados por biópsia incisional ou excisional, com exame histopatológico complementado com imuno-histoquímica. Nos pacientes pediátricos, o tipo histológico embrionário foi o encontrado em todos os casos. Já para os adultos jovens, o tipo histológico encontrado foi alveolar. O tipo histológico pleomórfico, foi encontrado no idoso. Esses padrões do tipo histológico são condizentes com os descritos na mesma faixa etária. O tipo histológico embrionário é o mais frequente, variando de 50% a 70% dos RMS orbitais e neste estudo representa 66% dos casos, o alveolar representa de 20% a 30% dos casos e neste estudo representa 22%, o pleomórfico é o menos frequente, acomete indivíduos na quinta[10] e sexta década[1,8] de vida e no nosso estudo foi apresentado por apenas um paciente aos 86 anos.

A imuno-histoquímica revelou positividade para os marcadores desmina, vimentina e miogenina em todos os pacientes, além do Ki67 indicando alto proliferação. [11]

Fatores de bom prognóstico são idade menor que 10 anos, sexo feminino, tipo histológico embrionário.[1,2,6] Fatores de risco para pior prognostico foram idade abaixo de 12 anos, tipo alveolar ou indiferenciado, localização extraorbital, tamanho do tumor maior que 5cm, envolvimento linfático, atraso no diagnóstico e presença de metástase.[1]

Todos os pacientes neste estudo foram submetidos a quimioterapia com melhora da massa orbitária e são acompanhados também pela oncologia. Em pacientes com comprometimento regional ou de linfonodos adjascentes, a radioterapia é associada. O RMS pode causar erosão óssea e metástases à distância, sendo os sítios mais frequentes o pulmão, ossos e medula óssea.[1] Nos casos descritos com baixa acuidade visual, a visão não foi restituída após o tratamento. Quanto ao controle de cura, em um paciente do subtipo embrionário, foi evidenciado metástase à distância no sítio pulmonar.

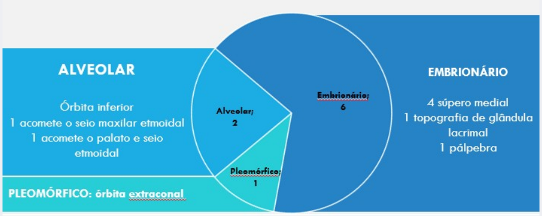


GRÁFICO 1: Divisão dos subtipos histológicos e localização.

CONCLUSÕES

O diagnóstico precoce por biópsia e tratamento quimioterápico associado ou não à radioterapia adjuvante é o padrão ouro para tratamento dos rabdomiossarcomas orbitários. Além disso, prefere-se acompanhamento multidisciplinar para melhor cuidado ao paciente e procura-se reduzir danos tardios e sequelares.
É fundamental para o médico oftalmologista conhecer a doença e suas características clínicas, e quando possível encaminhar para o especialista em órbita para melhor seguimento do caso.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jurdy L et al. Orbital rhabdomyosarcomas: A review. Ocular Oncology Update. Saudi Journal of Ophthalmology 27, 167–175, 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.sjopt.2013.06.004
2. Turner JH, Richmon JD. Head and neck rhabdomyosarcoma: a critical analysis of population-based incidence and survival data. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011, 145:967–73.
3. Crist WM, Garnsey L, Beltangady MS, Gehan E, Ruymann F, Webber B, et al. Prognosis in children with rhabdomyosarcoma: a report of the intergroup rhabdomyosarcoma studies I and II. Intergroup rhabdomyosarcoma committee. J Clin Oncol 1990; 8:443–52.
4. Bravo-Ljubetic L *et al.* Clinical Management of Orbital Rhabdomyosarcoma in a Referral Center in Spain. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus. 2016; Vol. 53, No. 2.
5. Eghtedari M et al. Congenital Orbital Rhabdomyosarcoma. Ocul Oncol Pathol ;4:165–169, 2018. DOI:10.1159/000481533
6. MORETTI, Giovana et al. Rhabdomyosarcoma of the head and neck: 24 cases and literature review. *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)* [online]. 2010, vol.76, n.4 [citado 2020-01-28], pp.533-537. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400020&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-8694. http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000400020.
7. Fay P & Dolman PJ. Diseases and disorders of the orbit and ocular adnexa. Elsevier. 2017
8. Shields JA, Shields CL. Rhabdomyosarcoma: review for the ophthalmologist. Surv Ophthalmol. 48: 39-57, 2003.
9. Farnia B et al. Ethical Analysis as a Tool for Addressing Treatment Controversies: Radiotherapy Timing in Children With Orbital Rhabdomyosarcoma As a Case Example. Journal of the American College of Radiology, Month 2014.
10. Eade E *et al*. Clinical and Experimental Ophthalmology 2017; 45: 168–173 doi: 10.1111/ceo.12809
11. Barrantes PC, Jakobiec, FA &. Dryja T. A Review of the Role of Cytogenetics in the Diagnosis of Orbital Rhabdomyosarcoma, Seminars in Ophthalmology, 34:4, 243-251,2019. DOI: 10.1080/08820538.2019.1620802.

Síndrome do Ápice Orbitário por Rabdomiossarcoma de Órbita

Victor Falcão Pereira Costa
Déborah Capel Modesto
Marina Souza Rocha
Robson Soares da Silva

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO POR RABDOMIOSSARCOMA DE ÓRBITA

28º Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7º Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021

Autores: Costa, V.F.P. [1], Modesto, D.C [2], Rocha, M.S.[3] , Silva, R.S.[4]
CEROF- HC -UFG, Goiânia – GO

INTRODUÇÃO

A síndrome do ápice orbitário (SAO) é uma entidade rara e caracteriza-se por ptose, proptose, oftalmoplegia interna e externa, prejuízo funcional da primeira divisão do nervo trigêmeo e graus variados de diminuição da acuidade visual. Suas causas incluem processos inflamatórios orbitários externos e difusos, traumas, massas retro-orbitárias; bloqueio do sistema de drenagem orbital e idiopática. O rabdomiossarcoma de órbita é uma causa rara de SAO. Trata-se de um câncer pediátrico com uma incidência estimada de 250-350 novos casos/ano. Apesar da baixa incidência é a principal causa de tumores malignos primários da órbita em crianças.

OBJETIVOS

O objetivo do caso é relatar o quadro clínico de uma criança com SAO devido a um rabdomiossarcoma de órbita.

METODOLOGIA

Coleta de dados em prontuário de paciente acompanhado no serviço do CEROF-UFG e revisão nas bases de dados e bibliotecas digitais.



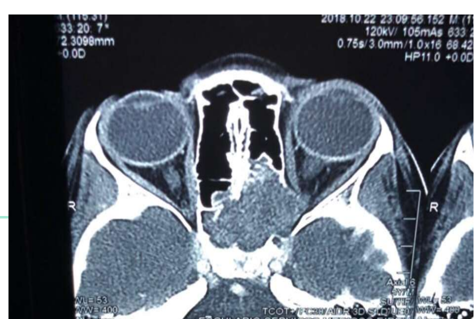


RESULTADOS E DISCUSSÃO

F.A.L.B., 5 anos, masculino, com queixa de cefaleia constante há cerca de 30 dias com piora há 5 dias, cursando com epistaxe e ptose em olho esquerdo (OE). Ao exame apresentava acuidade visual de 1,0 sem percepção luminosa; biomicroscopia com ptose em OE; reflexo pupilar com defeito pupilar aferente relativo à E; e motilidade ocular com paralisia completa de toda musculatura ocular extrínseca de OE. A tomografia de crânio demonstrava lesão expansiva centrada no seio esfenoide, extendendo para o canal do nervo óptico, células posteriores do etmoide, fissura orbital superior e canal esfenopalatino. A equipe de neurocirurgia realizou ressecção da lesão e biópsia que evidenciou rabdomiossarcoma subtipo embrionário. Foi iniciado tratamento com quimioterapia (QT) adjuvante. Quando a excisão da lesão é possível e associada a QT a sobrevida da doença é de cerca de 95% em 5 anos. O rabdomiossarcoma é um tumor originado das células primitivas mesenquimais pluripotentes de tecido embrionário, sendo que 10% deles ocorrem na órbita e 70% acontecem na primeira década de vida. Possui três tipos: embrionário, alveolar e pleomórfico, sendo o primeiro o mais comum na infância.

CONCLUSÕES

É essencial o conhecimento sobre essa doença, pois boa parte dos pacientes podem sem apresentar primeiro ao oftalmologista.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Brasileiro de Oftalmologia; Série Oftalmologia Brasileira; "Órbita, Sistema Lacrimal e Plástica", 3 edição, Rio de Janeiro.

Trombose de Seio Cavernoso em Paciente Pediátrico

Bruna Rymer
Maitê Pedrotti
Atauine Lummertz
Simone Stumpf

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Trombose De Seio Cavernoso em Paciente Pediátrico

Bruna Rymer, Maitê Pedrotti, Atauine Lummertz, Simone Stumpf
Grupo Hospitalar Conceição

INTRODUÇÃO

A trombose de seio cavernoso pode ocorrer como complicação de doenças infecciosas ou não infecciosas. Frequentemente é decorrente de doenças infecciosas do terço médio da face, seios paranasais, abscesso dentário e, raramente secundária a otite média. A apresentação clínica típica inclui febre e edema periorbitário, cefaléia, ptose palpebral e paralisia de músculos extra-oculares.

RELATO DO CASO

Paciente de 1 ano de idade, internou na emergência pediátrica por edema palpebral leve e febre persistente. Os reflexos pupilares direto e consensual apresentavam-se normais, bem como movimentação extra-ocular em ambos os olhos. Fundo de olho também apresentava-se normal bilateralmente. A impressão diagnóstica inicial foi de celulite pré-septal. Foi orientado solicitação de TC de órbitas e início do tratamento com antibiótico via oral. Após 24h, evoluiu com piora do quadro clínico com edema palpebral importantíssimo proptose moderada à esquerda.

A TC de órbita evidenciou petrosite/ osteomielite de ápice petroso, que se estendia até canal auditivo interno, com erosão do canal estendendo-se inferiormente para o espaço pré-vertebral retrofaríngeo. Identificado também sinais de trombose do seio cavernoso esquerdo. Iniciado antibioticoterapia endovenosa e anticoagulação. Após 1 semana houve evolução favorável do quadro clínico. Ao exame paciente apresentava edema palpebral superior e inferior leve, com discreta proptose e ptose. A biomicroscopia e fundo de olho apresentavam-se normais bilateralmente. Angiotomografia um mês após tratamento com importante melhora do calibre e contornos dos segmentos intracranianos da artéria carótida interna esquerda, não mais se observando afilamento ou oclusão da mesma, persistindo sinais de trombose do seio cavernoso esquerdo e da veia oftálmica superior do mesmo lado.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de trombose de seio cavernoso é eminentemente clínico e o prognóstico diretamente influenciado pela instalação de um tratamento precoce e adequado. A trombose séptica pode ocorrer através de disseminação por contigüidade (focos otorrinogênicos), através de periflebites em seios de drenagem para o seio cavernoso ou através de embolismo séptico. Tomografia e angiografia são exames complementares. Cegueira pode ocorrer em aproximadamente 8 % dos casos, decorrente da oclusão da artéria central da retina ou de lesões da córnea. Metade dos pacientes que sobrevivem apresentam lesões residuais de nervos cranianos, mais comumente dos nervos abducente e oculomotor.

CONCLUSÃO

No caso apresentado acima, a causa etiológica da trombose de seio cavernoso foi infecciosa, de foco otológico. O fator confundidor na primeira avaliação foi a ausência de sinais de alarme como a proptose e a alteração da motilidade ocular. Nesse contexto, vemos que o exame de imagem auxiliou no diagnóstico, assim como a ausência de melhora do quadro mesmo após a instituição da terapia antimicrobiana adequada.



24h após internação com piora do quadro clínico. 30 dias após resolução dos sintomas

REFERÊNCIAS

FERRO, José et al. Cerebral venous thrombosis: Etiology, clinical features, and diagnosis. Disponível em < https://www.uptodate.com/contents/cerebral-venous-thrombosis-treatment-and-prognosis > Acesso em 21 de abril de 2021.

MOURA, João et al . Septic cavernous thrombosis: case report of a sphenoidal sinusitis complication. Disponível em < https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/download/274/274/0> Acesso em 21 de abril de 2021

DINI, Leandro et al. Trombose séptica de seio cavernoso. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000400017> Acesso em 21 de abril de 2021

Xantogranuloma Orbitário do Adulto - Caso Clínico

Thayline Lima Pratas da Costa
Flávio Calice Ferreira
Leonardo Sementilli
José Vital Filho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

XANTOGRANULOMA ORBITÁRIO DO ADULTO – CASO CLÍNICO

Autores: Thayline Lima Pratas da Costa[1], Flávio Calice Ferreira[2], Leonardo Sementilli[3], José Vital Filho[4]

[1] Acadêmica de Medicina, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, Brasil
[2] Preceptor da Disciplina de Oftalmologia, Universidade São Francisco, Bragança Paulista, Brasil
[3] Professor Assistente do Departamento de Patologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de Paulo, São Paulo, Brasil
[4] Chefe do Setor de Órbita da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO – BRAGANÇA PAULISTA

INTRODUÇÃO

O xantogranuloma do adulto é uma doença rara que compõe o grupo das histiocitoses. Essa doença é caracterizada por lesões amareladas na pele ou derme, que podem ser ou não acompanhadas por doença sistêmica.[1] Nos adultos sua incidência ocorre principalmente entre a 5ª e 7ª décadas de vida, podendo acometer a periórbita, órbita ou região subconjuntival.[2] Dentre as característica histopatológicas ocorre a presença de células características chamadas histiócitos, que fazem parte do sistema imunológico responsável pela defesa do organismo, além disso, pode ocorrer também a presença de células gigantes de Touton.[3] O tratamento é feito cirurgicamente, por radioterapia e/ou corticoterapia.

OBJETIVO

O presente caso clínico visa discutir esta doença pouco conhecida e suas possíveis características clínicas quando ocorre o acometimento orbitário.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 65 anos, procedente de Bragança Paulista-SP deu entrada no serviço de Oftalmologia da Universidade São Francisco com queixa de proptose progressiva associada à hiperemia conjuntival e desconforto ocular em ambos os olhos há aproximadamente 2 anos. Como antecedente pessoal apresentava hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia em tratamento além de referir acompanhamento com colega endocrinologista devido a diagnóstico prévio de adenoma de hipófise e alterações tireoidianas descritas como bócio nodular colóide. Negava antecedentes pessoais e familiares oftalmológicos. Ao exame oftalmológico paciente apresentava acuidade visual com melhor correção de 1,00 em ambos os olhos; na ectoscopia apresentava proptose (figura 1) em ambos os olhos (pior à direita) com exoftalmometria de hertel medindo: 100mm 32mm 27 mm.

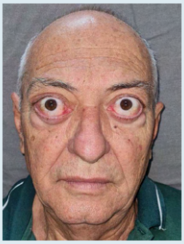


Figura 1: Paciente em posição primária do olhar demonstrando proptose

No exame de motricidade ocular extrínseca havia limitação moderada de movimentação de ambos os olhos em todas as versões. Ademais, os reflexos estavam preservados e sem defeito pupilar aferente em ambos os olhos. No exame biomicroscópico o paciente apresentava moderado excesso de pele nas pálpebras superiores, exposição escleral inferior, hiperemia conjuntival 2+/4+, córnea transparente com ceratite ponteada inferior 2+/4+ e demais estruturas oculares de segmento anterior sem alterações. O exame de fundoscopia era normal e a medida da pressão intraocular era de 18 mmHg OD e 16 mmHg OE. Foi solicitado exame de tomografia de órbitas e paciente foi referenciado ao serviço de órbita da irmandade de Santa Casa de misericórdia de São Paulo para possível seguimento e/ou abordagem cirúrgica. Após análise do exame de Imagem foi indicado orbitotomia lateral e biópsia da lesão no olho direito para possível diagnóstico e condução do caso.

FIGURAS

No Intraoperatório foi observado aspecto macroscópico amarelado da lesão tumoral orbitária (figura 2) e aventada hipótese de xantogranuloma orbitário.

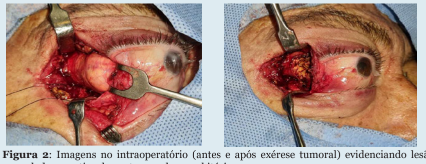


Figura 2: Imagens no intraoperatório (antes e após exérese tumoral) evidenciando lesão amarelada sugestiva de xantogranuloma orbitário

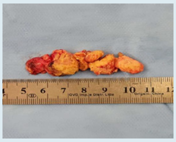


Figura 3: Imagem da lesão após exérese cirúrgica

Após análise histopatológica (figura 4) foi então confirmada a suspeita diagnóstica do xantogranuloma.

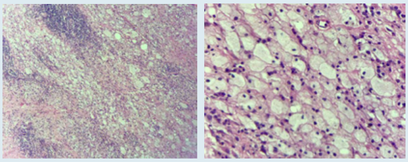


Figura 4: Laminas evidenciam proliferação predominante histiocitária com alguns agregados de linfócitos; na imagem à direita em maior aumento, há histiócitos com amplo citoplasma xantomizado com núcleo regular e sem atipias.

Discussão

As doenças histiocitárias são caracterizadas histologicamente por apresentar proliferação anormal dos histiócitos que compõem o sistema imunológico. Estas células são ajuvantes na defesa do organismo, elas são clinicamente heterogêneas e difíceis de serem classificadas. Essa proliferação anômala pode ser encontrada na forma de monócito-macrófagos (que são células de processamento de antígenos) ou podem ser encontradas na forma de células dendríticas (que são células apresentadoras de antígenos). [1,2] Dentre as proliferações hitiocíticas que podem acometer a órbita estão: o xantogranuloma juvenil e do adulto, doença de Erdheim-Chester e xantugranuloma necrobiótico.

O xantogranuloma é uma histiocitose que ocorre principalmente na derme, contudo pode acometer outros órgãos e os olhos. Histologicamente possuem histiócitos preenchidos por lipídios que são fagocitados porém que não sofrem catabolização; sendo assim, denotam coloração amarelada às lesões. As células gigantes de Touton, são células multinucleadas preenchidas por substâncias lipoides e que podem ser encontradas também nas xantogranulomatoses.[1,3]

Podemos classificar as xantogranulomatoses em Xantogranuloma Juvenil a forma mais comum e que acomete principalmente a faixa etária pediátrica. E como Xantogranuloma no Adulto que é uma forma mais rara e acomete principalmente indivíduos entre a 5ª e 7ª décadas de vida, e que em 87% do casos cursa como lesão única.[5] O Xantogranuloma do adulto foi descrito pela primeira vez em 1963 por Gartmann e Tristch, e presume-se que surja após estímulos desconhecidos como uma infecção ou tumor que desencadeiam essa reação histiocitária[6]. As xantomatoses do adulto são mais raras, e principalmente nos olhos, podem acometer a região periórbita, a órbita ou subconjuntival[2].No nosso paciente houve acometimento bilateral orbitário, e o diagnóstico foi realizado pelas características macroscópicas associada às alterações encontradas na histopatologia. Há diferentes formas de abordagem do xantogranuloma, no nosso paciente optou-se pela abordagem cirúrgica já que havia necessidade de se estabelecer o diagnóstico além do benefício da melhora da proptose e suas repercussões oftalmológicas. Dentre outras formas de abordagem estão descritas na literatura a radioterapia local e a corticoterapia sistêmica.[1,4] É importante o acompanhamento pós operatório destes pacientes pela possibilidade de recidiva do tumor ou surgimento de outras alterações sistêmicas ou doenças malignas.

CONCLUSÃO

O xantogranuloma do adulto é uma histiocitose que pode acometer a órbita, como no prsente caso. Além de frequentemente causar proptose, sintomas visuais e desconforto estético, a doença pode também estar associada a outras neoplasias.[4] O tratamento cirúrgico, radioterápico ou com corticoterapia sistêmica pode ser indicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hernandez-Martin A, Baselga E, Beth AD, Nancy BE. Juvenile xanthogranuloma. Am Acad Dermatol 1997; 36:355-367.
2. Cornblath WT, Dotan SA, Trobe JD, Headington JT. Varied clinical spectrum of necrobiotic xanthogranuloma. Ophthalmology 1992;99:103-7.
3. Miszkiel KA, Sohaib SA, Rose GE, Cree IA, Moseley IF. Radiological and clinicopathological features of orbital xanthogranuloma. Br J Ophthalmol 2000;84:251
4. Kantor GR, Spielvogel RL, Yanoff M. Skin and lacrimal drainage system. In: Duane's ophthalmology. monograph on CD-Rom]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. v 3, cap. 7.
5. Arun Achar, Biswanath Naskar. Multiple generalized xanthogranuloma in adult: case report and treatment. Indian J Dermatol. 2011 Mar-Apr; 56(2): 197–9
6. 4. Achar A, Naskar B, Mondal PC, Pal M. Multiple generalized xanthogranuloma in adult: case report and treatment. Indian J Dermatol. 2011; 56:197-9.

FOTOGRAFIA

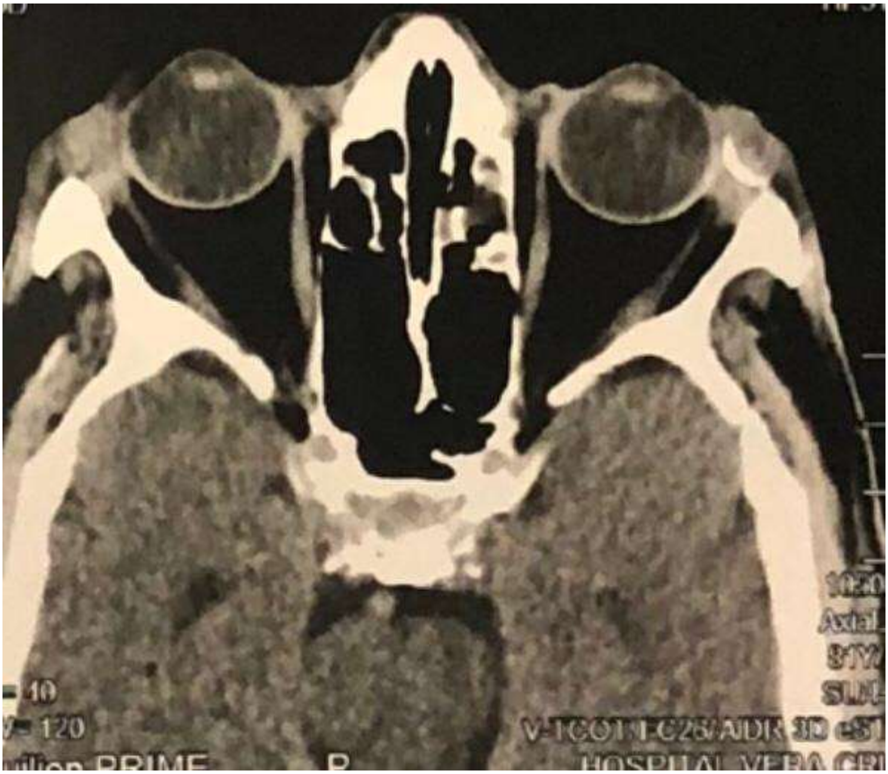
Corpo estranho iatrogênico

Silvia Andrade Carvalho Rodrigues
Murilo Alves Rodrigues
Bruna Bettini de Abreu

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Corpo estranho iatrogênico

Rodrigues, S. A.C.; Rodrigues, M.R.; Abreu, B.B.
Centro Oftalmológico de Minas Gerais

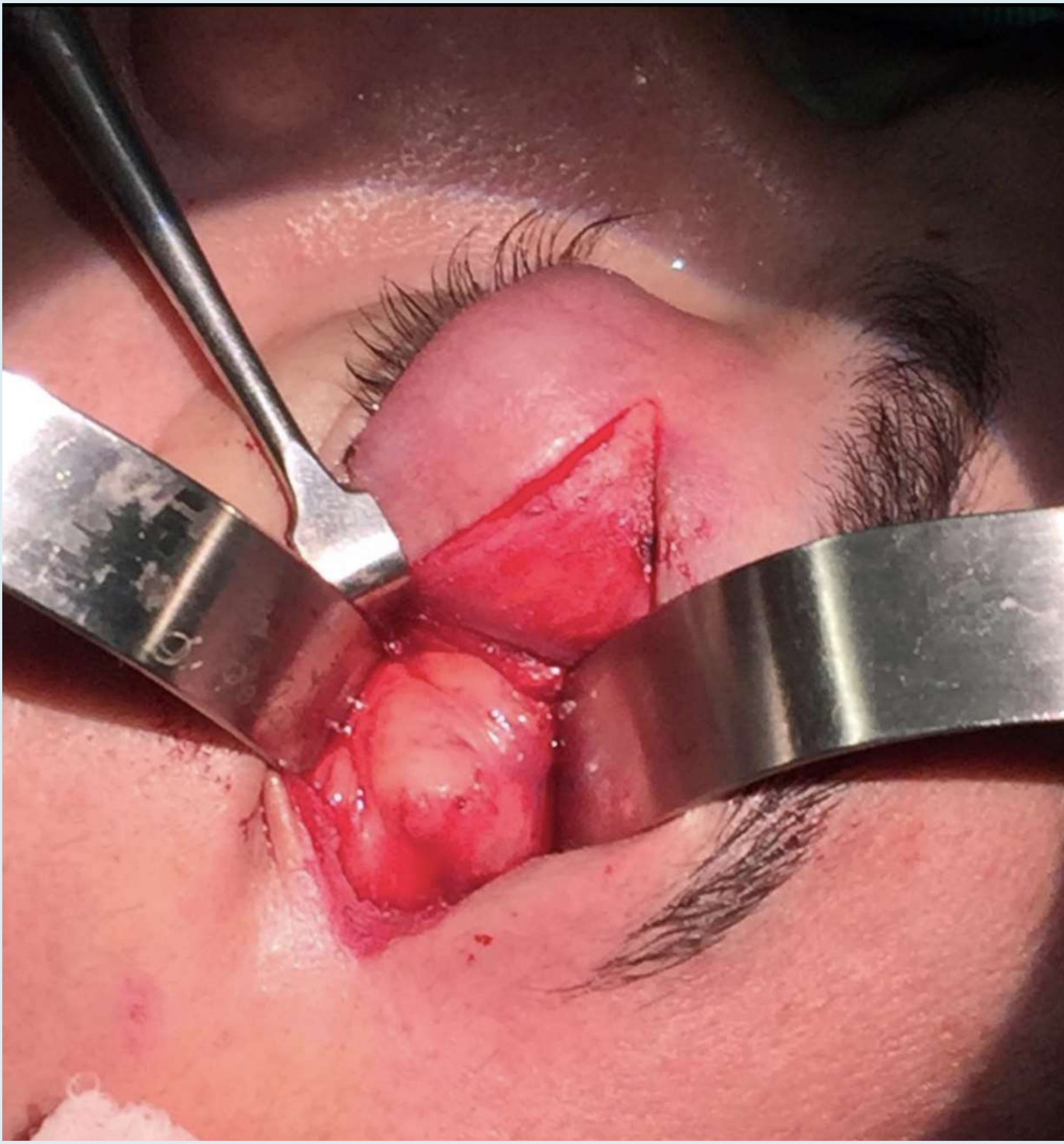


OBSERVA-SE UMA AGULHA NA REGIÃO TEMPORAL DO OLHO ESQUERDO. NO MOMENTO DA FIXAÇÃO DO TENDÃO LATERAL EM UM TARSAL STRIP COM PROLENE 6.O A AGULHA SE SOLTOU DO FIO. A REMOÇÃO FOI REALIZADA COM ELETROIMA.

Exérese de tumoração orbitária esquerda via sulco palpebral com retirada de parede lateral. Resultado do anatomopatológico: Neoplasia fusocelular em órbita esquerda. Resultado de imuno-histoquímica: tumor fibroso solitário

Isabela Maria Afonso Coimbra
Rodrigo Tamietti Durães
Marco Túlio Daier
Laissa Carvalho Leite

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR



PÁLPEBRAS

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PÔSTERES

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Angiossarcoma epitelióide da pálpebra: relato de caso

Mariana Dourado Pinto
Marcelo Torigoe
Roberto Caldato

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

ANGIOSSARCOMA EPILIÓIDE DA PÁLPEBRA: RELATO DE CASO

Mariana Dourado Pinto, Marcelo Torigoe, Roberto Caldato
Unicamp

INTRODUÇÃO

O angiossarcoma são tumores malignos muito raros do endotélio vascular. Mais raro ainda, é o acometimento periocular e palpebral. Apresentam-se em homens com mais de 55 anos, com grande potencial fatal.

RELATO DE CASO

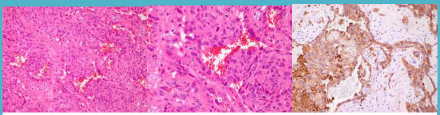
J. A. F., 76 anos de idade, sexo masculino, branco. Apresentando quadro oftalmológico de nódulo em pálpebra superior de olho direito há 2 semanas. Inicialmente atendido na Urgência Oftalmológica do HC-Unicamp, sendo prescrito tratamento clínico para inflamação aguda da pálpebra; diante da piora do quadro associada a episódios de sangramento ocular retorna ao serviço, dessa vez avaliado pela equipe de Oculoplástica. Nesta ocasião evidenciada à ectoscopia ptose mecânica (Foto 1) secundária a presença de nódulo vascular de coloração violácea lobulado com 1,6cm de diâmetro, firmemente aderido à placa tarsal, localizado em porção lateral de conjuntiva tarsal percebido à eversão da pálpebra (Foto 2). Optou-se por realizar biópsia excisional, sendo o tumor retirado com toda a espessura da placa tarsal. A equipe da oncologia cínica contraindicou a radioterapia como primeira opção, pelos riscos associados na região periocular. O exame anatomopatológico levantou a suspeita de angiossarcoma epitelióide. Realizou-se, então, o estudo imuno-histoquímico, com positividade para os antígenos CD31e CD34.



Foto 1



Foto 2



Fotomicrografia: Angiossarcoma epitelióide

DISCUSSÃO

A forma de apresentação palpebral pode ser através de mácula, placa ou nódulos. Podem se estender para órbita, com erosão óssea. O tratamento baseia-se em radioterapia e cirurgia. O objetivo cirúrgico é ressecar todas as doenças identificadas, por vezes pode ser necessária exenteração orbitária.

Slit Lamp Polarized Dermoscopy: A Cost-Effective tool to Assess Eyelid Lesions

Fábio Henrique Luiz Leonardo
Midori Hentona Osaki
Tammy Hentona Osaki

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

SLIT LAMP POLARIZED DERMOSCOPY: A COST-EFFECTIVE TOOL TO ASSESS EYELID LESIONS

Fábio Henrique Luiz Leonardo, Midori Hentona Osaki, Tammy Hentona Osaki
Escola Paulista de Medicina - Unifesp

INTRODUCTION

Dermoscopy is a complementary examination of skin lesions, which allows the observation of anatomical features that are invisible to the naked eye[1,2]. The development of polarized dermoscopy allowed the observation of deeper skin structures, without the need of skin contact[2,3].

PURPOSE

The purpose of this study was to present a low-cost prototype of a slit lamp polarized dermoscopy, in order to assess anatomical aspects of eyelid lesions that are invisible to conventional biomicroscopy.

METHOD

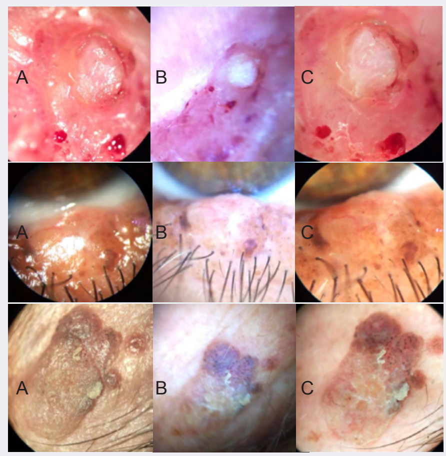
Eyelid lesions were examined in a slit lamp prototype with two polarizing filters orthogonal to each other: one at the light outlet and the other at the entrance of the biomicroscope with an integrated digital camera. Images of the eyelid lesions were also obtained with non-polarized biomicroscopy and with a portable dermatoscope. The images were compared regarding anatomical aspects.



Figure 1: Slit lamp prototype with two polarized filters (black arrows), orthogonal to each other.

RESULTS

Twenty two eyelid lesions have been documented. Images obtained with slit lamp dermoscopy were comparable to the portable dermatoscope examination. There was a reduction in the light reflex of the stratum corneum, in comparison to the conventional ophthalmological examination in the slit lamp.



Figures 2, 3 and 4 show eyelid lesions assessed by (A) conventional slit lamp dermoscopy, (B) portable dermatoscope and (C) slit lamp polarized dermoscopy.

DISCUSSION

Polarized dermoscopy increases the diagnostic accuracy of skin tumors[4,5]. The slit lamp polarized dermoscopy provided greater optical increase, binocularity, better focus control and easier assessment of eyelid lesions than the portable dermatoscope.

CONCLUSIONS

The adaptation of polarized lenses to this device is a cost-effective, fast and non-invasive method that allows the improvement of diagnostic accuracy of eyelid lesions.

REFERENCES

1- Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Dermoscopy: The Essentials. 2. ed. London: Elservier/Saunders; 2011.
2- Micali G, Lacarrubba F. Dermatoscopy. Dermatologic Clinics. 2018;36:345-8.
3- Cinotti E. Dermoscopy for the diagnosis of eyelid margin tumours. Br J Dermatol. 2019;181:397–398
4- Phillips M, Marsden H, Jaffe W, Matin RN, Wali GN, Greenhalgh J, et al. Assessment of Accuracy of an Artificial Intelligence Algorithm to Detect Melanoma in Images of Skin Lesions. JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1913436.
5- Ferrante di Ruffano L, Takwoingi Y, Dinnes J, Chuchu N, Bayliss SE, Davenport C, et al. Computer-assisted diagnosis techniques (dermoscopy and spectroscopy-based) for diagnosing skin cancer in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 12:CD013186.

Carcinoma de glândulas sebáceas palpebral - um relato de caso

Rodrigo Beraldi
Rafael Gadens
Natália Assumpção Lima Dias

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

CARCINOMA DE GLÂNDULAS SEBÁCEAS PALPEBRAL – UM RELATO DE CASO

Rodrigo Beraldi
Rafael Gadens
Natália Assumpção Lima Dias

Relato de caso:

Paciente de 65 anos, sexo feminino, previamente hígida, procurou atendimento oftalmológico, em julho de 2020, devido lesão em pálpebra superior de olho direito com 06 anos de evolução.
Ao exame, lesão em pálpebra superior direita de 10 mm, amarelada, com telangectasias, ulcerada e com de perda de cílios local.
Realizado biópsia incisional, que evidenciou carcinoma sebáceo ulcerado, moderadamente diferenciado com focos de invasão em derme.
Realizado ressecção em pentágono da pálpebra superior com margens de 4mm e utilizado retalho de Tenzel para reconstrução satisfatoriamente.
A paciente mantém acompanhamento oftalmológico e com oncologista clínico, não apresentando sinais de recidiva local e a distância ate o momento.



Discussão:

O carcinoma de glândula sebácea (CGS) é uma neoplasia maligna rara com comportamento agressivo local e metastático.
Costuma apresentar-se com tumoração periocular nodular, endurecida, de coloração amarelo avermelhada e com diâmetro variando entre 6 a 20 mm. A terapêutica sempre deve basear-se na exérese cirúrgica com margens amplas de segurança. De acordo com o estágio e invasão local, pode-se associar quimioterapia e radioterapia adjuvante.
O prognóstico depende do grau de acometimento. Sendo que até 25% dos CS cursam com metástases, sendo o fígado, pulmões, cérebro e ossos os principais sítios acometidos.
Vale ressaltar a importância do diagnóstico precoce, pois lesões com evolução de até seis meses apresentam taxa geral de mortalidade de até 14%, enquanto lesões com tempo de evolução superior a seis meses possuem taxa de mortalidade geral de até 38%.

Referências:

1.Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. Ophthalmology. 2004;
2. Snow SN, Larson PO, Lucarelli MJ, Lemke BN, Madjar DD. Sebaceous carcinoma of the eyelids treated by mohs micrographic surgery: report of nine cases with review of the literature. Dermatol Surg. 2002
3. Park SK, Park J, Kim HU, Yun SK. Sebaceous carcinoma: clinicopathologic analysis of 29 cases in a Tertiary Hospital in Korea. J Korean Med Sci. 2017;
4. Vianna LM, Cariello AJ, Lowen MS, Sant'Anna AE, Hofling-Lima AL. Sebaceous carcinoma of the eyelid -different diagnostic times, different outcomes: case reports. Arq Bras Oftalmol. 2011

Cisto de inclusão epidérmica em região periorbitária: relato de caso

Luciane Tsuji
Mariana Anunciação Saulle
Caroline Zorzette Paes
Ricardo Tomoyoshi Kanecadan

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

Cisto de inclusão epidérmica em região periorbitária: relato de caso

Luciane Tsuji; Mariana Anunciação Saulle; Caroline Zorzette Paes; Ricardo Tomoyoshi Kanecadan
Hospital Oftalmológico de Sorocaba - BOS

INTRODUÇÃO

O termo cisto de inclusão epidérmica refere-se a um cisto epidermóide resultado da implantação de elementos epidérmicos na derme. Os cistos epidermóides são tumores benignos derivados da porção infundibular dos folículos capilares e, portanto, apresentam epitélio de superfície achatada e grânulos cerato-hialinos. Podem ocorrer em qualquer idade, porém são mais frequentes em adultos do sexo masculino. Comumente, envolvem o couro cabeludo, face e pescoço. Menos de 1% têm transformação maligna.

METODOLOGIA

As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, registro fotográfico e revisão da literatura.



Figura 1



Figura 2

OBJETIVOS

Relatar o caso de um paciente com cisto de inclusão epidérmica periorbitário de grandes dimensões.

RESULTADOS

JCCC, masculino, 35 anos, compareceu ao ambulatório de Oculoplástica, com história de aparecimento de cisto em região periorbitária direita há 2 anos, com crescimento progressivo. Negou traumas. À ectoscopia, presença de tumoração em região periorbitária temporal inferior direita, regular, com bordas bem delimitadas, de aspecto cístico, indolor e móvel. Tomografia computadorizada de órbita demonstrou lesão heterogênea bem definida, não aderida a estruturas ósseas adjacentes (Figura 1).

Em 06/04/2021, realizada exérese do cisto (Figura 2).

O exame anatomopatológico evidenciou cisto de inclusão epidérmica medindo 3,9x2,0x1,9cm. Os cortes histológicos demonstraram epiderme contínua, observando na derme cisto revestido por epitélio escamoso queratinizado preenchido por lâminas de queratina. Ausência de indícios morfológicos de malignidade.

CONCLUSÕES

O cisto de inclusão epidérmica necessita de conduta cirúrgica cautelosa, pois qualquer extravasamento do seu conteúdo pode tornar o processo recidivante e provocar uma reação granulomatosa na região. Os exames de imagem desempenham papel essencial no diagnóstico e na determinação da estratégia de excisão cirúrgica. Nesse caso, foi possível exérese completa do cisto e o diagnóstico foi confirmado por exame anatomopatológico.

Correção de lagoftalmo paralítico usando "sling" de fáscia temporal: relato de série de casos

iviane Patrícia O. Barros
Igor Leonardo
Silvana Artioli Schellini
Roberta Lilian F. de Souza Meneghim

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Correção de lagoftalmo paralítico usando a técnica de *sling* de fáscia temporal: relato de serie de casos

Viviane Patrícia O. Barros, , Igor Leonardo, Silvana Artioli Schellini, Roberta Lilian F. de Souza Meneghim
Serviço de Plástica Ocular
Faculdade de Medicina- Universidade Estadual Paulista – UNESP, Botucatu

INTRODUÇÃO

O nervo facial é responsável pelo movimento da musculatura da mímica facial, incluindo o músculo orbicular. A paralisia do nervo facial pode ser de etiologia infecciosa, traumática, neoplásica, vascular, metabólica ou idiopática (1) e resulta em paralisia dos movimentos faciais e lagoftalmo paralítico.

Clinicamente há apagamento das rugas da região frontal e do sulco nasogeniano, queda do supercílio, retração da pálpebra superior, atonia da pálpebra inferior e da região nasogeniana e desvio da comissura labial para o lado são. O lagoftalmo é resultado da paralisia do músculo orbicular (1,2), com exposição importante da porção inferior do olho, que se agrava ainda mais se o fenômeno de Bell estiver ausente.

Muitos procedimentos cirúrgicos tem sido propostos para a correção estética e funcional da pálpebra, tais como tarsorrafia (3), oclusão dos pontos lacrimais, implante de peso de ouro na pálpebra superior (4,5), *tarsal strip* para correção do ectrópio paralítico(1). Porém, ainda não há um método considerado padrão-ouro para este problema.

OBJETIVOS

O presente estudo tem o objetivo de destacar uma proposta nova para correção do lagoftalmo paralítico, utilizando o *sling* de fáscia temporal .

MÉTODOLOGIA

Estudo retrospectivo de série de casos, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – UNESP, Botucatu - SP. O Comitê de Ética em Pesquisa daquela instituição aprovou a realização do estudo e os pacientes envolvidos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.
Todos os pacientes foram operados no ano de 2020, seguindo a mesma técnica operatória, por dois cirurgiões.

Critérios de inclusão: paralisias faciais com mais que 6 meses da instalação, submetidos ou não a tratamentos prévios.

Critérios de exclusão: paralisia facial com menos de 6 meses de instalação e os que não quiseram participar.

Parâmetros avaliados e análise dos resultados: no período pré e 3 meses após a cirurgia todos os pacientes foram avaliados utilizando o Teste de Milder, fenômeno de Bell, e possibilidade de melhora clínica dos sintomas referidos pelo paciente após o procedimento.
Todos os pacientes foram foto-documentados antes e 3 meses após a cirurgia, utilizando a câmera do celular versão iphone 11, com distância constante, em posição primária do olhar e com os olhos fechados, estando o fotógrafo na altura do paciente. Medidas de DMRI1, DMRI2, da fenda palpebral e medida do lagoftalmo foram feitas nas fotografias digitalizadas e utilizando o programa Image-J, obtida da Internet.
Os dados obtidos foram tabulados em planilha Excel e avaliados por estatísticas descritivas e cálculo de média e desvio padrão, considerando-se como significativo $p<0,05$.

Técnica cirúrgica empregada: sob anestesia geral, abertura vertical do couro cabeludo acima do pavilhão auricular e divulsão dos planos até a fáscia temporal, seguida de remoção de retalho de fáscia temporal de 4cm de comprimento e 1,5 cm de largura. Suturado couro cabeludo com fio inabsorvível monofilamento 4-0 (Mononylon, Ethicon, São Paulo, Brasil). Secção da fáscia pela metade de sua largura, permanecendo unida em uma das extremidades. Injeção de anestésico local combinado com adrenalina (Xylestesin 2% com vasoconstrictor, Cristalia, São Paulo, Brasil) nas pálpebras, abertura da pele até o periósteo no canto nasal e temporal, com exposição dos ligamentos cantais medial e lateral. Abertura da pele no sulco palpebral superior e exposição do tarso (ou do peso de ouro quando presente) até a região dos cílios. Na pálpebra inferior, foi criado um túnel acima da placa tarsal com descolador de periósteo para a passagem da fáscia. A fáscia foi posicionada sobre o tarso ou sobre o peso de ouro na pálpebra superior e sobre o tarso na pálpebra inferior, sendo suturada nos ligamentos lateral e medial usando fio de Nylon 4-0. O comprimento da fáscia foi ajustado durante o procedimento para manter a tensão das pálpebras quando do fechamento das mesmas.

RESULTADOS

Foram operados cinco casos de paralisia facial que já haviam sido submetidos a vários procedimentos e mantinham ainda o lagoftalmo paralítico e um caso de paralisia facial sem nenhum procedimento cirúrgico prévio. Todos os seis foram operados utilizando a técnica cirúrgica da cerclagem com fáscia temporal.
Os dados demográficos e do exame clínico dos pacientes estão apresentados na Tabela 1.
As análises estatísticas estão apresentadas na Tabela 2.
A obtenção da fáscia se mostrou um procedimento de fácil execução e manejo, sendo o sitio cirúrgico muito próximo da área receptora, facilitando a técnica operatória.
A fotodocumentação pré e 3 meses após a cirurgia está apresentada na Figura 1.
Houve boa evolução clínica e melhora do lagoftalmo paralítico em todos os casos apresentados e nenhum paciente apresentou complicações.
Todos os pacientes ficaram satisfeitos com o resultado, embora tenha ocorrido resolução apenas parcial do lagoftalmo em alguns deles.

Tabela 1: Apresentação dos dados demográficos, causa da paralisia e dados do exame dos portadores de paralisia facial operados pela técnica de *sling* de fáscia temporal – UNESP, 2021

Paciente No	Sexo/Idade	Causa da paralisia	Tratamento prévio realizado	Lado operado	Milder pré	Milder pós	Bell
1	M/27	Aspergiloma de mastoide a direita	Peso de ouro + tarsorrafia lateral definitiva + lift de terco medio a direita	OD	2+	1+	Presente
2	F/45	Schwanoma	Peso de ouro pse (há 7 anos) + enxerto fascia lata e cartil. Auricular na pie	OE	2+	0+	Presente
3	M/71	Tumor de parótida a direita	Tarsal strip + soof lift a dir + tarsorrafia temporal a dir + peso de ouro psd + toxina botulinica em glândula lacrimal	OD	2+	0+	Presente
4	M/45	Idiopático	Tarsal strip + reforco do smas + reinsercao do meps + peso de ouro oe	OE	3+	1+	Presente
5	M/51	Sd do ponto cerebelar (schwanoma vestibular)	Tx de cornea lamelar anterior em oe	OE	2+	1+	Ausente
6	F/62	Pós craniectomia na infância para tratamento de tumor cerebral (sic)	Paciente não sabe referir	OE	2+	2+	Presente

Tabela 2: Avaliação quantitativa das medidas palpebrais antes e 3 meses após a cirurgia de *sling* de fascia temporal para tratamento de lagoftalmo paralítico – UNESP, 2021

Variável	Pré-cirurgia	Pós-cirurgia	Valor de p
DMR1	2.3±2.06	1.16±1.53	P=0,05
DMR2	7.3±0.51	6.3±1.36	P=0,14
Lagoftalmo	6.1±4.2	2.3±1.36	P=0,05
Fenda palpebral	9.6±2.5	7.6±2.06	P=0,01



Figura 1 A-F: Fotodocumentação dos pacientes que fizeram parte do estudo, com imagem pré-operatória a esquerda e depois de 3 meses da cirurgia a direita, com os olhos abertos e fechados.
(1A: antes, 2A: depois da cirurgia; 1B: antes, 2B: depois da cirurgia; 1C: antes, 2C: depois da cirurgia; 1D: antes, 2D: depois da cirurgia; 1E: antes, 2E: depois da cirurgia; 1F: antes, 2F: depois da cirurgia)

DISCUSSÃO

Todos os portadores de paralisia facial operados com a técnica do *sling* de fascia temporal se beneficiaram do procedimento, com redução do lagoftalmo, sem complicações decorrentes da cirurgia e com melhora do lagoftalmo.
A restauração da função palpebral no lagoftalmo paralítico pode ser feita com abordagens "estáticas" ou "dinâmicas". Intervenções estáticas são a blefarorrafia, tarsorrafia, cantoplastia, enxerto de cartilagem auricular ou uso de aloimplantes (6).
A cirurgia do *sling* de fascia temporal pode ser considerada uma técnica dinâmica. A fáscia temporal unida aos ligamentos cantais funcionou como um sistema de alavanca que promoveu o fechamento palpebral mais adequado.
Outras técnicas consideradas dinâmicas seriam o implante de peso ouro (7), a mola de Morel-Fatio (8), a mola de Arion (9) ou a transposição de fáscia temporal (10).
A cerclagem das pálpebras pode ser feita usando outros materiais, como a transposição do músculo temporal, descrito por Gilles e popularizado por Baker (11; 12). Porém, este é um procedimento mais extenso e que requer maior tempo cirúrgico. A fáscia lata também foi sugerida para esse fim (13).
Além do benefício da cerclagem, a colocação da fáscia temporal sobre o peso de ouro permite ter uma "parede" mais forte que possa impedir a exposição dos mesmos.
Os pacientes revelaram satisfação com o procedimento realizado.

CONCLUSÕES

Os autores mostraram que o *sling* de fáscia temporal é um procedimento seguro e eficiente, fornecendo resultados favoráveis, com redução do lagoftalmo paralitico.

REFERENCIAS
1. Neligan P.C. Surgical Approaches to Facial Nerve Deficits. 2011. Skull Base (Vol 21:Num 3);
2. Riordan M. Investigation and treatment of facial paralysis. Arch Dis Child 2001; 84. 286-8;
3. Maas CS, Benecke JE, Holds JB, Schoenrock LD, Simo F. Primary surgical management for rehabilitation of the paralyzed eye. Otolaryngol Head Neck Surg 1994;110: 288–295;
4. Testa J.R.G, Aumond M.D., Figueiredo C.R. Uso de peso de ouro palpebral para correção do lagoftalmo em pacientes com paralisia facial. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.68 no.1 São Paulo May 2002;
5. Sobol S.M.; ALWARD, P.D. Early gold weight lid implant for rehabilitation of faulty eyelid closure with facial paralysis: an alternative to tarsorrhaphy. Head Neck., 12(2):149-53, 1990;
6. Linhares JDC, França VP, Soares EJC. Lagoftalmoparalítico: uma proposta de classificação clínico-cirúrgica. ARQ. BRAS. OFTAL. 1995; 58(5).
7. Reanimation of the paretic eyelid using gold weight implantation. Ophthalmic Plast. and Reconstr. Surg. 7(2): 93-103, 1991.
8. Morel-Fatio D, Lalardrie JP. Palliative surgical treatment of facial paralysis. The palpebral spring. PlastReconstr Surg.1964;33:446-56
9. ARION, H. G. - Technique de fermeture dynamique des paupieres dans les paralysies de l'orbiculaire. Ann. Chir. Plast. 23, 847, 1969.
10. Lisman RD, Smith B, Baker D, Arthurs B. Efficacy of surgicaltreatment of paralytic ectropion. Ophthalmology. 1987;94(6):671-81
11. Gillies HD and Millard DR. The principles and art of plastic surgery: Little, Brown; 1957
12. Baker DC and Conley J. Regional muscle transposition for rehabilitation of the paralyzed face. Clin Plast Surg. 1979;6:317-31.
13. Bulam H., Öztürk O., Ünlü E., Uslu A., Yilanci A., et al. Treatment of Migration and Extrusion of the Gold Weight Eyelid Implant With Fascia Lata Sandwich Graft Technique. The Journal of Craniofacial Surgery. Vol. 26, Num. 1, January 2015.

Correção de ptose palpebral bilateral em paciente com cornélia de lange

Débora Muriel Müller
Elvira Barbosa Abreu
Marina Anunciação Saulle

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL EM PACIENTE COM CORNÉLIA DE LANGE

Débora Muriel Müller , Elvira Barbosa Abreu ,
Marina Anunciação Saulle
IPB - Instituto Penido Burnier

INTRODUÇÃO

Cornélia de lange é uma síndrome rara (estimada em 1,2/100.00 nascimentos) que ocorre devido a alterações em múltiplos genes.[1] Suas características incluem microcefalia, linha de implantação dos cabelos baixa, orelhas displásicas inseridas baixas, nariz largo e curto com ponte nasal deprimida, filtro longo e proeminente, lábio superior fino, cantos da boca virados para baixo, dentes displásicos, retardo mental e do crescimento.[1] Entre os achados oftalmológicos estão sinófiras, cílios longos, hipertelorismo, telecanto, miopia, obstrução do ductonasolacrimal, estrabismo e nistagmo. A ptose palpebral é frequente e acomete cerca de 45% dos pacientes.[2]

MÉTODOLOGIA

Relato de caso.

OBJETIVOS

Relatar um caso de correção de ptose palpebral em paciente com Cornelia de Lange.

RESULTADOS

Masculino, 1 ano e 11 meses de idade, trazido para avalição de ptose bilateral. Possuía o diagnóstico de Síndrome de Cornelia de Lange. Apresentava fácies característica com sinofiris e hipertelorismo. À avaliação oftalmológica apresentava ptose bilateral que cobria o eixo visual e posição de cabeça com o queixo elevado. Fenda interpalpebral de 6mm em ambos os olhos (AO), distância margem-reflexo -2mm AO, reflexo de Bell ausente AO e função do músculo elevador da pálpebra medida de 7mm AO. A técnica escolhida para correção da ptose foi a suspensão ao músculo frontal com Silasctic em ambos os olhos, de modo a garantir maior simetria e um resultado satisfatório independentemente da função inadequada do MEPS. O Silastic foi fixado ao tarso e unido ao supercílio. No pós-operatório apresentava bom resultado estético e funcional.

CONCLUSÕES

A importância desse trabalho está em expor essa síndrome rara que se apresenta frequentemente com ptose que pode ser corrigida satisfatoriamente com uma técnica bastante difundida de suspensão ao frontal.



Imagem 1. 7º pós operatório

Referências: 1- BOYLE, M.I.; JESPERSGAARD, C.; NIELSEN, K.B.; BISGAARD, A.M.; TÜMER, Z. Cornelia de Lange Syndrome; Clinical Genetics, 2015 Jul;88(1):1-12.
2- NALLASAMY, S.; KHERANI, F.; YAEGER, D.; MCCALLUM, J.; KAUR, M.; DEVOTO, M.; JACKSON,L. G.; KRANTZ, I. D.; YOUNG, M.T.: Ophthalmologic Findings in Cornelia de Lange Syndrome in Archives of Ophthalmology , 2006;124(4):552-557.

Deiscência de retalho de Cutler-Beard: Uma urgência oftalmológica

Arae Rigao de Oliveira
Juliana Rossatto
Fernando Procianoy

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Deiscência de retalho de Cutler-Beard: Uma urgência oftalmológica

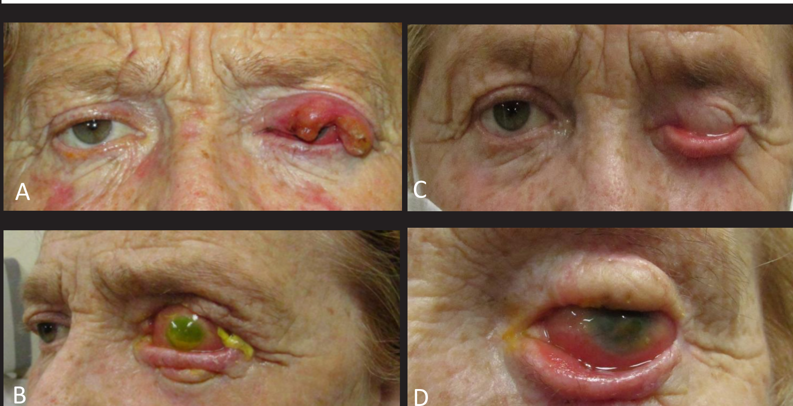
ARAE RIGAO DE OLIVEIRA, JULIANA ROSSATTO, FERNANDO PROCIANOY.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

OBJETIVOS

Relatar caso de deiscência de retalho de Cutler-Beard com complicações oculares associadas.

MÉTODOLOGIA

Paciente de 57 anos, feminina, com carcinoma epidermóide ocupando mais de 80% da margem da pálpebra superior esquerda, acuidade visual (AV) de conta dedos neste olho por catarata e lesão macular. Submetida a ressecção da lesão e reconstrução com retalho de Cutler-Beard, sem intercorrências. Retornou no 20º pós-operatório relatando deiscência do retalho há 10 dias, não tendo buscado atendimento. Ao exame apresentava exposição corneana completa, desepitelização total da córnea e hipópio estéril, com AV de percepção luminosa (PL). Realizado aspirado de câmara anterior, aplicação de cefuroxima intracameral, uso de tobramicina tópica e câmara úmida por 7 dias com melhora do quadro inflamatório, sendo então realizada ressutura do retalho. Após 9 meses (devido a pandemia COVID-19) foi realizada divisão do retalho e reconstrução palpebral. À abertura, foi evidenciada opacidade corneana cicatricial importante e AV manteve-se PL neste olho.



A. Carcinoma epidermóide em pálpebra superior em pré-operatório
B. Após 10 dias de deiscência e exposição corneana, com desepitelização.
C. Resultado tardio após ressutura do retalho.
D. Sequelas oculares evidenciadas pós reconstrução palpebral.

RESULTADOS

O retalho de Cutler-Beard é uma técnica de reconstrução consolidada para lesões extensas da pálpebra superior. As complicações pós-operatórias mais frequentes são instabilidade da margem com entrópio ou ectrópio e retração palpebral ou deiscência após o 2º tempo cirúrgico. Não encontramos na literatura descrição de complicações oculares por deiscência no 1º tempo cirúrgico.

CONCLUSÕES

É importante ressaltar a orientação aos pacientes submetidos à reconstrução palpebral com retalho de Cutler-Beard que retornem para atendimento imediato em caso de deiscência, uma vez que a exposição severa da superfície ocular pode levar a graves sequelas oculares.

Determinação objetiva do flare na retração palpebral da orbitopatia de graves

Bruna S. N. Equitério
Antonio Augusto V. Cruz

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

DETERMINAÇÃO OBJETIVA DO FLARE NA RETRAÇÃO PALPEBRAL DA ORBITOPATIA DE GRAVES

Bruna S. N. Equitério, Antonio Augusto V. Cruz
FMRP-USP

INTRODUÇÃO

A retração palpebral superior em pacientes com OG está entre as principais características desta doença. A retração lateral acentuada no contorno palpebral é chamada de flare.

MÉTODO

Trinta imagens de olhos de pacientes com OG foram apresentadas a 6 experientes cirurgiões oculoplásticos. Todos julgaram de maneira binária se o contorno da pálpebra superior apresentava ou não flare lateral. Houve concordância absoluta em 19 pálpebras e 11 permaneceram indeterminadas. Curvas de Bézier foram ajustadas às pálpebras superiores dos pacientes e de 30 sujeitos normais (grupo controle). A partir de uma linha horizontal de base passando pelo centro da pupila foram traçadas 5 linhas paralelas verticais equiespaçadas do limbo lateral até o canto lateral em todos os olhos. Essas linhas podem ser consideradas MRD1s lateralizadas (figura 1) Uma regressão logística univariada foi realizada para se determinar a probabilidade das linhas verticais laterais determinar a positividade do flare.

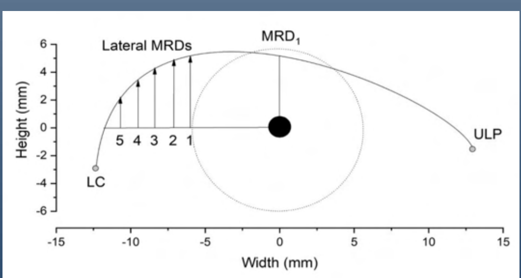


Figura 1: MRD1s lateralizadas

OBJETIVOS

No presente estudo foi realizada uma comparação entre o diagnóstico subjetivo do flare lateral e a medida objetiva do contorno lateral.

RESULTADOS

A medida da linha vertical localizada a 20% do canto lateral foi a que melhor concordou com a análise subjetiva do flare e possibilitou a separação dos contornos indeterminados em flare positivo ou negativo.

CONCLUSÕES

A forma objetiva mais simples de determinação do flare lateral é por meio da única medida de uma MRD_1 lateral a 20% do espaço entre o canto lateral e o limbo lateral. Nos pacientes com flare essa medida é sempre maior que 60% da MRD_1 central. (figura 2)

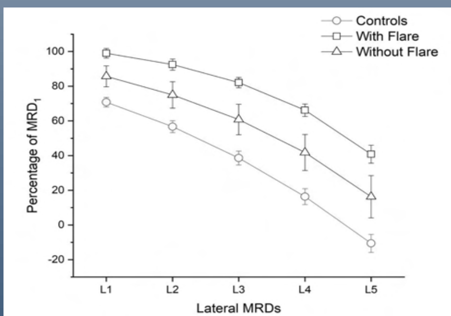


Figura 2: razões de MRD laterais das pálpebras de controles e pacientes. LLF foi classificado como positivo considerando um L4MRDr 60% ou mais do valor da MRD 1

Effect of botulinum toxin injections on the tear film of patients with essential blepharospasm

Cristina Yabumoto
Midori Osaki
Mauro Campos
Tammy Osaki

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

EFFECT OF BOTULINUM TOXIN INJECTIONS ON THE TEAR FILM OF PATIENTS WITH ESSENTIAL BLEPHAROSPASM

Cristina Yabumoto MD, Midori Osaki MD, PhD, Mauro Campos MD, PhD and Tammy Osaki, MD, PhD

Division of Oculoplastics, Department of Ophthalmology, Federal University of S. Paulo

INTRODUCTION

Essential blepharospasm (EB) consists of bilateral, involuntary and spasmodic closure of the eyelids. Its association with dry eye disease is well-known. It appears that the production, distribution, and drainage of tears are affected in patients with EB, but the effect of botulinum toxin-A (BTX-A) injections on dry eye disease remains controverse.

PURPOSE

The aim of this study was to evaluate the effect of botulinum toxin on the tear film of patients with essential blepharospasm using optical coherence tomography (OCT) of tear meniscus, breakup time (BUT), Schirmer I test and the Ocular Surface Disease Index (OSDI) questionnaire.

METHODS

A prospective study was performed in EB patients treated with ononabotulinumtoxinA (Botox®, Allergan, Irvine, CA), with doses varying between 40-50 U, injected into orbicularis oculi, procerus and corrugator supercilii muscles.

The central tear meniscus measured by OCT (Cirrus HD-OCT, Carl Zeiss Meditec), BUT, Schirmer I test and OSDI were assessed before and 15 days after botulinum toxin injections.

Exclusion criteria: prior eyelid or ocular surface surgeries; ocular or eyelid conditions that could affect blinking; use of drugs that could interfere with neuromuscular transmission.

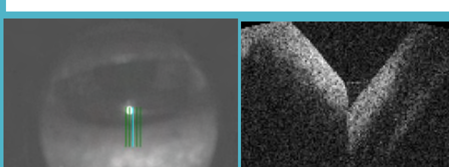
Patients received BTX-A doses based on their clinical condition and on their previous responses to the medication.

Student's t-test was used for statistical analysys.

RESULTS

Forty eyes of 20 patients were evaluated. Mean age was 65.5 years and 15 (75%) patients were female. All patients presented improvement in eyelid spasms. Significant increases in the tear meniscus assessed with OCT (before treatment: 0.020 ± 0.015 mm^2, 15 days after treatment: 0.057 ± 0.104 mm^2) and in BUT (before treatment: 4.2 ±1.2 s; 15 days after treatment: 5.1±1.3 s) were observed after botulinum toxin injections. No statistically significant difference was observed in Schirmer I test (before treatment: 7.52 ± 6.37mm; 15 days after treatment: 8.92 ± 7.86mm). Regarding OSDI, a significant reduction (before treatment: 59.05±19.04; 15 days after botulinum toxin injections: 21.2±19.5) was observed after treatment, demonstrating a significant improvement in dry eye symptoms.

The table below shows the measurements before and after treatment, and respective p-values.



Central tear meniscus assessed with OCT Cirrus

	Before	After 15 days	
OCT tear meniscus	0.020 ± 0.015	0.057 ± 0.104	**p = 0.01**
BUT	4.2 ± 1.2	5.1 ± 1.3	**p = 0.03**
Schirmer test	7.52 ± 6.37	8.92 ± 7.86	p= 0.24
OSDI	59.05 ± 19.04	21.2 ± 19.5	**p < 0.0001**

CONCLUSION

Our study suggests that instability of the tear film plays a role in the lacrimal abnormalities seen in EB. Furthermore, beyond relieving eyelid spasms, botulinum toxin injections were associated with subjective and objective improvement of dry eye parameters in patients with EB.

Fasceíte necrotizante periorbital: intervenção precoce muda o prognóstico?

Kyra Nhayanna Coutinho Machado
Ana Rosa Pimentel de Figueiredo

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

FASCEÍTE NECROTIZANTE PERIOBITAL: INTERVENÇÃO PRECOCE MUDA O PROGNÓSTICO?

Kyra Nhayanna Coutinho Machado [1], Ana Rosa Pimentel de Figueiredo [1]

[1] UFMG - HSG - Universidade de Minas Gerais - Hospital São Geraldo

INTRODUÇÃO

Fasceíte necrotizante é uma infecção grave do tecido subcutâneo, da fáscia subjacente e da pele. O acometimento periorbital é raro, caracterizado por ser altamente destrutivo, de progressão rápida e que pode evoluir de forma desfavorável, com defeitos em tecidos moles além de perda visual. *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A e *Staphylococcus aureus* são os mais comumente implicados. Abordagens diagnóstica e terapêutica precoces, com escolha de intervenção cirúrgica oportuna corroboram para um melhor desfecho. Relatamos dois casos de fasceíte necrotizante periorbital unilateral, de etiologias diferentes mas com forma de apresentação semelhante, com escolhas individualizadas para intervenção cirúrgica.

RELATO DO CASO

Caso 1: homem de 27 anos, hígido, com quadro de ptose total, intenso edema e zonas de necrose na lamela anterior pré septal, com rápida evolução a partir de provável foliculite no supercílio direito iniciada 5 dias após depilação; não houve resposta ao uso de ATB parenteral (Penicilina Benzatina) iniciado no terceiro dia, ainda na sua cidade. Ao ser transferido para o HSG foi feita internação de urgência (figura 1), e debridamento cirúrgico amplo da necrose que atingia 80% da região pré septal até o rebordo orbital, poupando área pré tarsal, sob anestesia geral; além de cultura da secreção profunda. Foi mantida ferida aberta com curativo oclusivo com ATB pomada (Regencel), já respondendo plenamente ao ATB EV (Clavulin), mantido após confirmação de isolamento de *Staphylococcus aureus*. Realizada a reconstrução estrutural, permitindo a aproximação dos tecidos em mais duas etapas no D3 e D6 (figura 2) da primeira intervenção. No segundo mês apresenta excelente resultado estético-funcional.



Fig.1: Admissão na urgência



Fig.2: D6 da primeira intervenção



Fig.3 e 4: 1 MPO da reconstrução palpebral

Caso 2: mulher 36 anos, imunocomprometida, com quadro súbito de dor e edema periórbitario à esquerda que evoluiu rapidamente com exulcerações e necrose extensa da pálpebra, acompanhada de febre. Procurou a urgência do HSG (figura 5), sendo internada, iniciado para ATB venoso (Clavulin) após indicação da CCIH, sem resposta em 48horas, foi submetida ao debridamento cirúrgico (figura 6) atingindo parte da lamela anterior pré tarsal, deixando superfície cruenta. Após 10 dias de curativos diários com gaze petrolada, foi realizada a reconstrução palpebral com enxerto de pele da região pré-auricular.

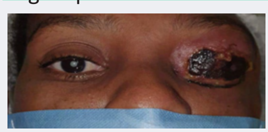


Fig.5: Admissão na urgência



Fig.6: Pos operatório imediato do debridamento



Fig.7 e 8: 9MPO da reconstrução palpebral

CONCLUSÃO

Os casos relatados mostram que, apesar da gravidade da doença, abordagens diagnóstica e terapêutica precoces são cruciais para desfecho favorável. Consideramos, ainda, que uma conduta cirúrgica imediata no foco principal pode diminuir a área de necrose, permitindo a vitalidade dos tecidos vizinhos, com resposta mais rápida aos antibióticos e redução da morbidade, independentemente da etiologia.

REFERÊNCIAS

1.Amrith S, Hosdurga Pai V, Ling WW. Periorbital necrotizing fasciitis - a review. Acta Ophthalmol. 2013;91(7):596-603.; 2.Kronish JW, McLeish WM. Eyelid necrosis and periorbital ne- crotizing fasciitis. Report of a case and review of the literature. Ophthalmology. 1991;98(1):92-8.; 3.Puri P, Innes JR. Necrotising fasciitis of the orbit: early recognition and treatment a key to success. Eur J Ophthalmol. 2001;11(2):180-2.; 4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014; 59(2):e10-52.

Intermarginal split lamella with labial mucous membrane graft sealed with surgical adhesive to manage major trichiasis

Lilian Ohkawara
Midori Osaki
Stephanny Murta Alves
Tammy Osaki

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

INTERMARGINAL SPLIT LAMELLA WITH LABIAL MUCOUS MEMBRANE GRAFT SEALED WITH SURGICAL ADHESIVE TO MANAGE MAJOR TRICHIASIS

Lilian Ohkawara, MD, Midori Osaki, MD, PhD, Stephanny Murta Alves, MD and Tammy Osaki, MD, PhD
Division of Oculoplastics, Department of Ophthalmology, Federal University of São Paulo EPM/ UNIFESP

INTRODUCTION

The intermarginal split lamella with labial mucous membrane graft is commonly indicated for surgical treatment of major trichiasis. The graft is usually sutured in the receptor bed using 6-0 polyglactin sutures.

Surgical tissue adhesives have been described as useful tools in ophthalmic surgery.

PURPOSE

The aim of this study was to report our results using a sutureless intermarginal split lamella with labial mucous membrane graft to manage major trichiasis.

METHODS

This study is a case series of patients who underwent intermarginal split lamella with labial mucous membrane graft to treat major trichiasis. Fibrin sealant (Tisseel, Baxter Healthcare Corp, Deerfield, IL) was used instead of absorbable sutures to seal the labial mucous membrane graft in the receptor bed. Clinical data (age, gender, etiology of the trichiasis, improvement of symptoms, complications and follow-up period) were extracted from these patients charts.

Table 1: Patients clinical data

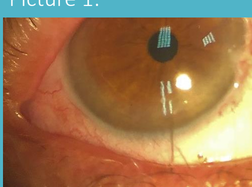
Patient	Age	Gender	Location	Etiology	Complications
1	90	M	RLL	Blepharitis	None
2	49	M	RLL	Blepharitis	None
3	75	F	BUL	Trachoma	Recurrence treated with radiofrequency
4	96	M	LUL	Trachoma	None
5	66	M	BUL	Chemical burn	None
6	81	F	BLL	Blepharitis	None
7	74	M	BLL	Blepharitis	None
8	72	M	RLL	Blepharitis	Graft dehiscence
9	63	M	RLL	Blepharitis	None
10	59	F	RUL	Blepharitis	None
11	68	F	LLL	Blepharitis	None

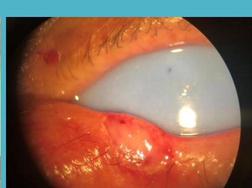
F: female; M: male; RLL: right lower lid; LUL: left upper lid; BUL: both upper lids; BLL: both lower lids; RUL: right upper lid; LLL: left lower lid

RESULTS

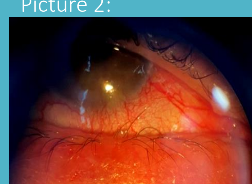
Fifteen consecutive eyelids from eleven patients underwent the procedure. Patients clinical data are summarized in Table 1. Mean follow-up was 8.7 ± 3.3 months and main underlying diagnosis was chronic blepharitis (66.7%). All patients reported improvement of ocular symptoms after the procedure. Mucous membrane graft dehiscence was observed in one eyelid (6.7%) in the first postoperative day (patient reported eye rubbing).

Picture 1:


Pre operative


Immediate post operative

Picture 2:


Pre operative


1 week post operative

CONCLUSION

The use of fibrin sealant showed to be a good alternative to conventional absorbable sutures in the intermarginal split lamella with labial mucous membrane graft procedure to manage major trichiasis. Advantages include expedited operating time, expedited postoperative recovery and decreased postoperative discomfort.

Medida da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior na ausência de ptose

Paula Pegoraro
Lara Magalini
Patricia Akaishi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Medida da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior na ausência de ptose

Paula Pegoraro, Lara Magalini, Patricia Akaishi
Hospital Oftalmológico do Interior Paulista, Araraquara-SP

INTRODUÇÃO

A maioria dos estudos sobre a dimensão da aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior (MLPS) deriva de peças anatômicas ou de cirurgias de ptose. Há poucos estudos sobre a anatomia na ausência de ptose, devido a dificuldade em controlar a presença prévia da ptose em peças anatômicas disponíveis para estudo e a não exposição da aponeurose em cirurgias palpebrais na ausência de ptose. Avaliamos a medida vertical da aponeurose em indivíduos sem ptose palpebral submetidos a blefaroplastia superior.

OBJETIVO

Medir a dimensão vertical da aponeurose do MLPS desde o tarso e da porção muscular entre aponeurose e ligamento de Whitnall.

MÉTODOLOGIA

Foram analisadas 28 pálpebras de 14 indivíduos (27 mulheres, idade média: 64.47 ± 6.67 anos). O músculo levantador e sua aponeurose foram expostos desde o ligamento de Whitnall até o tarso superior. A pálpebra foi tracionada para baixo com pinça e a medida vertical da aponeurose foi realizada com compasso cirúrgico, a partir do tarso, no centro palpebral (Figura 1).

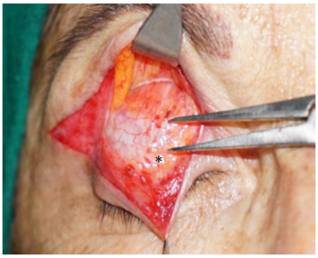


Figura 1. Exposição do MLPS (sem ptose) desde o ligamento de Whitnall até a borda superior do tarso (asterisco). Medidas verticais do músculo/aponeurose foram realizadas com compasso cirúrgico,

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distância entre o ligamento de Whitnall a borda superior do tarso foi de 14.4 ± 2mm (12 a 20 mm). A dimensão vertical da aponeurose foi de 5.02±1.83mm (0 a 7 mm). O percentual médio de aponeurose em relação ao músculo levantador, abaixo do ligamento de Whitnall, foi de 35.17% (IC95% 26.86-43.38) à direita e 35.59% (IC95% 27.28-43.9) a esquerda, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os lados.

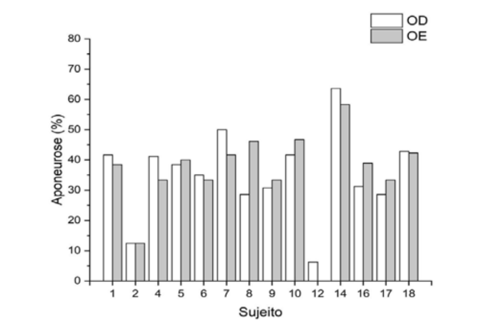


Figura 2. Percentual de aponeurose em relação ao músculo, abaixo do ligamento de Whitnall.

CONCLUSÃO

O tamanho da aponeurose é objeto antigo de debate. O presente estudo mostra que a aponeurose do levantador tem dimensão vertical média de 5 mm em indivíduos sem ptose palpebral, representando aproximadamente 1/3 do tecido inferior ao ligamento de Whitnall. A afirmação de que o músculo levantador da pálpebra superior se torna aponeurótico após o ligamento de Whitnall é pouco precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Whitnall SE. On a ligament acting as check to the action of the levator palpebrae superioris muscle. J Anat Physiol, 1911, Jan 45(Pt2): 131
2- Kuwabar T, Cogan DG, Johnson CC. Structure of the muscles of the upper eyelid. Arch Ophthalmol 1975, 93:1189

Medida da assimetria do posicionamento ocular e palpebral em Ptose Unilateral

Estéfani S. Cunha
Sheila A. de Paula Cecchetti
Patricia Akaishi
Antonio Augusto Velasco e Cruz

MEDIDA DA ASSIMETRIA DO POSICIONAMENTO OCULAR E PALPEBRAL EM PTOSES UNILATERAIS.

Estéfani dos S. Cunha, Sheila A. de Paula Cecchetti, Patricia Mitiko S. Akaishi, Antonio Augusto Velasco e Cruz

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

INTRODUÇÃO

Retração da palpebral inferior também chamado de "*scleral show*", é definido por exposição da esclera maior ou igual a 2mm abaixo do limbo inferior; Mackinnon e colaboradores demonstraram que 10% da população normal apresentam *"scleral show"* [1]. Ptose palpebral superior é definido como uma distância entre o centro da pupila e a margem da palpebral superior, menor ou igual a 2,5 mm. A correlação entre ptose palpebral superior e retração da palpebral inferior é um fato ainda pouco conhecido. Sultana e colaboradores demonstraram a associação entre a desinsersão do músculo levantador da pálpebra superior do tarso e a retração palpebral inferior [2]. Pouco tempo depois, o mesmo grupo de pesquisadores publicaram um artigo constatando a associação entre a ptose palpebral superior e retração palpebral inferior ipsilateral e provam que ao se corrigir a ptose da palpebral superior a posição da palpebra inferior é automaticamente normalizada [3].

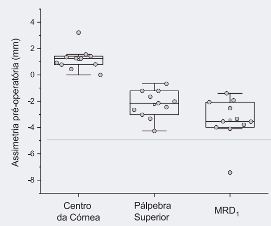
OBJETIVOS

Comparar a assimetria do posicionamento ocular e palpebral em pacientes com ptose unilateral

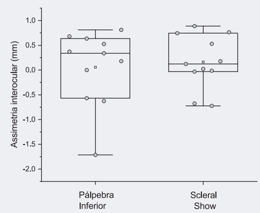
MÉTODOLOGIA

Análise quantitativa retrospectiva transversal de fotografias de 11 pacientes operados com sucesso de ptose unilateral. A escolha das ptoses unilaterais aconteceu pois os 2 olhos (o normal e o ptótico) estariam submetidos à mesma rotação anteroposterior e elevação de mento, o que poderia alterar o posicionamento palpebral. Foram excluídos pacientes com estrabismo, mal resultado cirúrgico e documentação fotográfica com baixa qualidade. O programa Image J foi utilizado para a análise. Inicialmente a rotação lateral da cabeça era equilibrada pela retificação dos dois cantos mediais (local mais fixo). As seguintes variáveis foram medidas: a) posição do centro da córnea com a ferramenta centroide, b) MRD_1, c) altura palpebral superior por meio de uma reta tangente à margem palpebral e d) *scleral show* inferior. As alturas relativas às posições de ambos os olhos e pálpebras foi medida por uma reta posicionada entre ambos os olhos e medido a diferença de posição vertical entre as 2 retas. A posição mais alta no olho ptótico foi definido como positivo. Estatística não paramétrica foi empregada em todas as análises dos valores medianos de uma ou duas amostras (Wilcoxon para uma ou duas amostras pareadas).

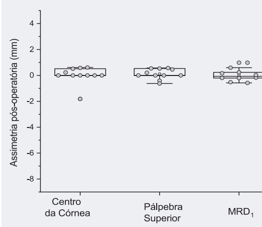
RESULTADOS E DISCUSSÃO



Preoperatório: dados da diferença dos valores entre o olho com ptose(OP) e sem ptose(SP). O centro da córnea do OP se encontrava mais alto do que o SP. O valor mediano dessa diferença foi de 1,25 mm (p = 0.01). Consequentemente, a assimetria entre as $MRDS_1$ (3.53 mm) foi significativamente maior que a das alturas palpebrais (2,16, p =0.01)



A margem palpebral inferior do OP estava significativamente mais baixa (diferença = 0.7 mm, p=0.03) e também o *scleral show* estava maior (1 mm) . O SP apresentava média de *scleral show* = 0. -



Pósoperatório: a assimetria entre os centros corneanos foi abolida (diferença mediana = zero). As medidas de MRD1 ficaram equivalentes às medidas da altura palpebral p = 0.67. O *scleral show* do OP foi abolido e as duas pálpebras inferiores ficaram tangentes ao limbo.

CONCLUSÕES

Em ptoses unilaterais, o centro da córnea do olho afetado está 1 mm mais alto que o olho contralateral. Há também maior *scleral show* inferior associado a uma posição mais baixa da pálpebra inferior. Esses dados indicam que há um deslocamento do olho de sentido superior no olho com ptose e retração inferior. Após a cirurgia esse deslocamento é abolido e o *scleral* show inferior é automaticamente corrigido (Figura abaixo – pós operatória do paciente previamente a[presentado em "métodos").



Figura 1 : Fotografias pré e pós operatória, com as medidas representadas. Note na fotografia A, linhas de retificação dos cantos mediais e linhas mostrando a pupila do olho ptótico em uma posição mais alta que o olho normal. Essas alterações são normalizadas após a cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Mackinnon, S.E., et al., *The incidence and degree of scleral show in the normal population.* Plast Reconstr Surg, 1987. **80**(1): p. 15-20.

2.Sultana, R., et al., *Disinsertion of the levator aponeurosis from the tarsus in growing children.* Plast Reconstr Surg, 2000. **106**(3): p. 563-70.

3.Matsuo, K., et al., *Pathogenesis and surgical correction of dynamic lower scleral show as a sign of disinsertion of the levator aponeurosis from the tarsus.* Br J Plast Surg, 2005. **58**(5): p. 668-75.

Morphometric and immunohistochemical investigations of orbicularis oculi muscle in affected and non-affected sides in hemifacial spasm

Gustavo Rosa Gameiro
Tammy H. Osaki
Midori H. Osaki
Suely K. N. Marie

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Morphometric and immunohistochemical investigations of orbicularis oculi muscle in affected and non-affected sides in hemifacial spasm

Gustavo Rosa Gameiro[1,2], Tammy H. Osaki[1], Midori H. Osaki[1], Suely K. N. Marie[2]

1. Department of Ophthalmology and Visual Sciences, Paulista School of Medicine, Federal University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.
2. Laboratory of Molecular and Cellular Biology, Department of Neurology, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

28º Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO
7º Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021

Introduction and Objectives

Hemifacial Spasm (HFS) is a movement disorder composed of involuntary, intermittent, clonic and tonic spasmodic contractions of the muscles innervated by the ipsilateral facial nerve.

Despite being phenotypically normal, the non-affected side of HFS patients may have characteristic histopathological and immunohistochemical findings. This study focuses on objectively evaluating orbicularis oculi muscle (OOM) samples from patients with HFS and control subjects who underwent cosmetic blepharoplasty.

Methods

OOM from 8 HFS patients and 6 normal control subjects were included in this study. All patients with HFS were **virgin of treatment**. Table 1 summarizes which samples were included for each staining and immunohistochemistry (IHC).

Table 1. Demographic data from both groups.

Group:	Age (yrs)	Gender	Severity of Disease	Disease Duration (years)	H&E, Gomori	IHC Myosin Fast	IHC Myosin Slow
Control	63	Female			-	One side	One side
	64	Female			-	One side	One side
	65	Female			Both sides	One side	One side
	66	Female			Both sides	Both sides	Both sides
	69	Female			One side	One side	One side
	79	Female			Both sides	Both sides	Both sides
HFS	47	Female	Moderate	5	Both sides	Both sides	Both sides
	55	Female	Moderate	10	-	Both sides	Both sides
	56	Female	Moderate	3	Both sides	Both sides	Both sides
	58	Female	Moderate	6	Both sides	Both sides	Both sides
	64	Male	Moderate to Severe	4	Both sides	Both sides	One side
	65	Male	Moderate	15	Both sides	One side	Both sides
	67	Male	Moderate to Severe	13	Both sides	One side	-
	70	Female	Moderate to Severe	4	Both sides	-	-

OOM samples were prepared using Hematoxylin and Eosin (H&E), Gomori Trichrome Staining (Gomori) and Immunohistochemistry against myosin fast and slow. High-resolution slide photographs (x400) were obtained. Images were objectively analyzed using ImageJ (transforming to an 8-bit image and manually setting the threshold) or manually counted (IHC) by a blind expert operator. Mann-Whitney and Wilcoxon matched-pairs tests were used to compare measurements between groups.

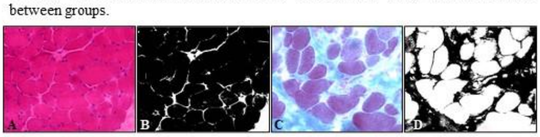


Figure 1. A: H&E sample slide and **B**: correspondent fibers area observed with Image J. **C**: Gomori sample slide and **D**: correspondent connective tissue area observed with Image J.

Results

Table 2. Fiber number, average fiber area, connective tissue area and slow fiber percentage in each group. Statistic comparison between groups.

Case	Fiber Number (N) Mean ± SD	N	Fiber Area (μm^2) Mean ± SD	N	Connective Tissue Area (%) Mean ± SD	N	Slow Fibers (%) Mean ± SD	N
Controls	67.14 ± 15.26	7	9.03 ± 1.76	7	14.12 ± 5.38	7	13.85 ± 2.31	7
NAFT HFS	41.71 ± 7.56	7	13.46 ± 1.59	7	20.07 ± 9.04	7	18.42 ± 4.24	6
AFT HFS	42.57 ± 18.74	7	12.64 ± 3.10	7	28.76 ± 8.11	7	22.62 ± 2.21	6
Controls vs NAFT HFS	**p=0.0023§**		**p=0.0012§**		p=0.1649§		p=0.0734§	
Controls vs AFT HFS	**p=0.0286§**		**p=0.0379§**		**p=0.0041§**		**p=0.0012§**	
AFT vs NAFT HFS	p=0.9844#		p=0.5781#		**p=0.0469#**		**p=0.0411§**	

§: Mann-Whitney test and #:Wilcoxon matched-pairs test. AFT: affected side; NAFT: non-affected side.

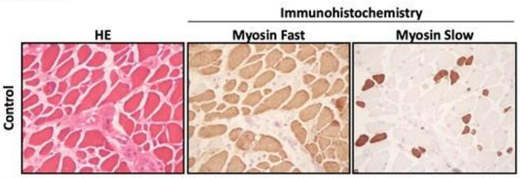


Figure 2. Immunohistochemistry against myosin fast and myosin slow in a control OOM sample slide with its correspondent Hematoxylin and Eosin slide.

Results

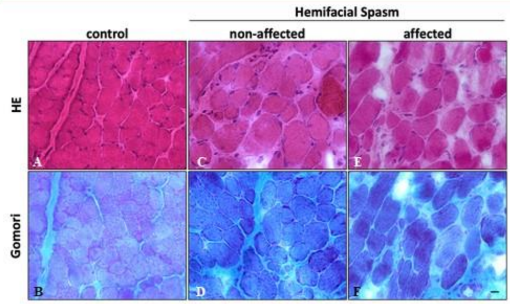


Figure 3. A and **B**: OOM samples from control patients: preserved morphology. **C** and **D**: OOM samples from the non-affected side of patients with HFS, lower cell density as well as larger fiber area when compared with the normal control samples. **E** and **F**: OOM samples from the affected side of patients with HFS: a reduction in the muscle fibers number and an increase in both the cell area and the endomysial and perimysial connective tissue portions when compared to control samples. Magnification: 400x, Scale in F: 1 μm.

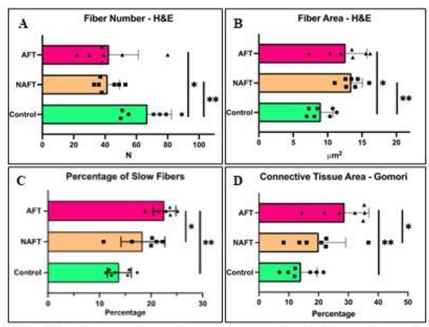


Figure 4. Graphics showing the differences between HFS sides and control groups in **A.** fiber number and **B.** average fiber area (assessed in H&E slides), **C.** slow fiber percentage (evaluated in Immunohistochemistry slides) and **D.** connective tissue area (measured in the Gomori slides). *p<0.05, **p<0.01. AFT: affected side; NAFT: non-affected side.

Conclusions

A significant decrease in the muscle fiber count and an increase in the muscle fiber size were observed in both non-affected and affected OOM of HFS compared to controls. No statistical differences of these parameters were detected between the non-affected and affected side, however, a significant increase in the connective tissue was observed in the affected side. When it comes to muscle type distribution, the affected side presented with significantly higher percentage of the slow type.

These findings pointed that although no clinical muscular contractions were observed in the non-affected side, the OOM of this side presented morphological alterations demonstrating an initial disturbance of muscle homeostasis, characterized by muscle fiber hypertrophy and apparent transitioning to slow type fibers.

Thus, OOM morphometric alterations were observed in both sides of HFS, being more intense in the affected side that may indicate a supranuclear neurological alteration in this facial movement disorder.

References

- Ross AH, Elston JS, Marion MH, Malhotra R. Review and update of involuntary facial movement disorders presenting in the ophthalmological setting. Surv Ophthalmol. 2011;56:54–67.
- Osaki MH, Osaki TH, Osaki T, Gameiro G, Belfort Jr R, Marie SKN. Orbicularis oculi morphological alterations in affected and non-affected sides in hemifacial spasm J Neuroophthalmol. 2020;40(2):193-197.
- Collins TJ. Image J for microscopy. Biotechniques. 2007;43:S25–S30.

The authors have no conflict of interest to disclose.

Approved by the Federal University of São Paulo IRB.

Oculoplastic surgery in hospital de clínicas de Porto Alegre: a retrospective study over a 10 year period analyzing all cases from a tertiary center

Juliana Rossatto
Fernando Procianoy

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

OCULOPLASTIC SURGERY IN HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: A RETROSPECTIVE STUDY OVER A 10 YEAR PERIOD ANALYZING ALL CASES FROM A TERTIARY CENTER

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

Juliana Rossatto
Fernando Procianoy
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS

INTRODUCTION

Oculoplastic surgery is a specialty that comprises dozens of conditions and procedures. Recognizing our local prevalence of diseases and surgeries is valuable for learning and future decision making.

METHODS

Retrospective study of the surgeries performed by the oculoplastic team at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) between January 2010 and December 2020. The information analyzed in medical records was: epidemiological data, surgical procedure, surgical lesion/site, clinical diagnosis, anatomopathological diagnosis and postoperative outcomes.

PURPOSE

To describe the frequency of occurrence of oculoplastic surgeries and to establish the clinical and radiologic diagnostic accuracy of eyelid and orbital lesions.

RESULTS

We performed 2.508 surgeries during the analyzed period and they were classified into 40 different procedures. The classification and frequency of surgeries are shown in table 1.

Surgeries	Frequency	%
Eyelid surgery	2022	80,62%
Lacrimal surgery	277	11,04%
Evisceration / Socket	109	4,34%
Orbital surgery	100	3,98%
Total	2508	100,00%

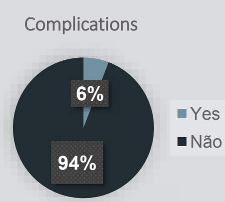
Table 1

The most frequently performed surgeries are shown in table 2.

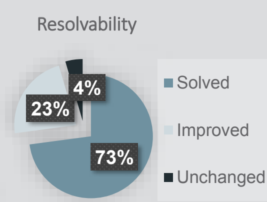
Most prevalent surgeries			
Socket	**Orbit**	**Eyelid**	**Lacrimal**
Evisceration (64,2%)	Orbital tumor biopsy (38,6%)	Eyelid tumor ressection (21,9%)	Dacryocystorhinostomy (50,1%)
Socket expansion (35,8%)	Orbital tumor ressection (37,5%)	Upper blepharoplasty (18,9%)	Punctoplasty (3 snips) (19,8%)
	Orbital decompression (10,2%)	Tumor ressection with reconstruction (16,8%)	Lacrimal probing (14,4%)

Table 2

The overall percentage of complications, as well as the resolution of the procedures, are shown in graphs 1 and 2. Diagnostic accuracy for eyelid and orbital tumors was 90,4% and 53%, respectively.
The most prevalent eyelid tumors were basal cell carcinoma (87,6%) and squamous cell carcinoma (8,2%). Among orbital tumors, the most prevalent was lymphoma (13,6%), followed by cavernous hemangioma (10,6%).
All data collected in this study will be used for analysis and comparison of specific procedures and groups.



Graph 1



Graph 2

CONCLUSION

Our oculoplastic team performs a wide variety of surgeries. A low rate of complications was found, as well as a high rate of surgical success. We found a very high clinical diagnostic accuracy for eyelid lesions. We believe that the lower clinical diagnostic accuracy for orbital lesions occured mainly due to the role of anatomopathology immunohistochemichemistry for differential diagnosis of inflammatory and lymphoproliferative orbital lesions.

REFERENCES

Hsu C-H, Ophthalmic plastic and orbital surgery in Taiwan. J Chin Med Assoc (2014);
Jin Tan MC, Epidemiology of Oculoplastic Conditions: The Singapore Experience. Orbit (2012).
Koukkoulli A, How accurate is the clinical and radiological evaluation of orbital lesions in comparison to surgical orbital biopsy? Eye (2018).

Paracoccidioidomicose palpebral: relato de caso

Maria Silvia Burnier Ganimi Oliveira
Ingrid de Oliveira Haubert Magalhães
Joana Tassia Pinheiro de Figueiredo
Ivana Cardoso Pereira

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

PARACOCCIDIOIDOMICOSE PALPEBRAL: RELATO DE CASO

Oliveira MSBG; Magalhães IOH; Figueiredo, JTP de; Pereira IC

Universidade Estadual de Campinas

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO
7 e 8 maio 2021

INTRODUÇÃO

A Paracoccidioidomicose é uma micose causada pelo fungo dimórfico Paracoccidioides brasiliensis, em que na maioria dos casos o acometimento é multifocal (70-80%)[1]. O envolvimento palpebral pela doença tem sido relatado esporadicamente na literatura. O estudo clínico-patológico da doença compromentendo as pálpebras motivou o presente relato.

RELATO DO CASO

JBM, sexo masculino, 56 anos, agricultor aposentado, foi encaminhado devido à lesão em pálpebra superior direita (PSD) com surgimento há 03 meses. Relatava irritação em olho direito devido às crostas que se formavam. Negava dor, prurido. Como antecedentes patológicos: Paracoccidioidomicose pulmonar há 03 anos tratada durante 6 meses. Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual em olho direito logMAR 0,6 e em esquerdo de logMAR 0,2. A biomicroscopia mostrou lesão ulcerada e crostosa em terços central e temporal da PSD com lesões polipóides e pontilhados hemorrágicos adjacentes em borda palpebral (figuras 1 e 2). Foi, então, realizado uma biópsia incisional que evidenciou dermatite crônica inespecífica com hiperplasia papilomatosa da epiderme, áreas supurativas e numerosas leveduras, concluindo se tratar de Paracoccidiodomicose. Exames laboratoriais e radiografia de tórax: sem alterações. Foi iniciado tratamento com itraconazol 200mg/dia por 6 meses e paciente evoluiu com remissão total do quadro clínico.

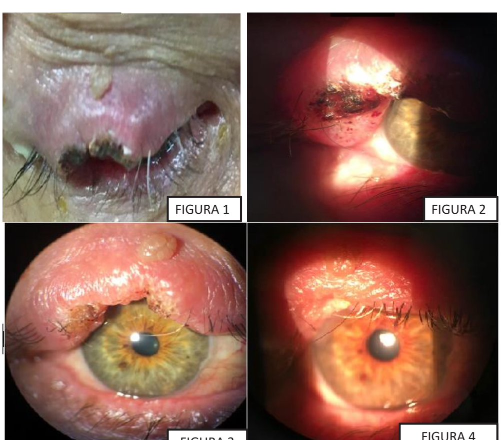
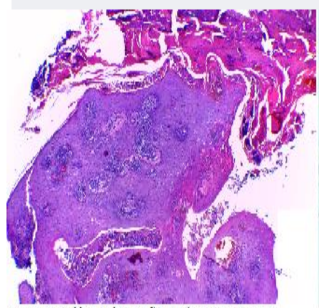


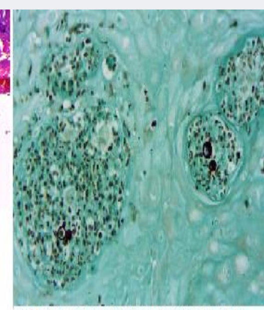
Figura 1- Lesão pré-tratamento. **Figura 2-** Lesão moriforme**. Figura 3-** 7º dia de tratamento com itraconazol. **Figura 4-** 40º dia de tratamento com itraconazol

COMENTÁRIOS

A Paracoccidioidomicose é mais prevalente em homens entre 30 e 60 anos[1,2]. Entre as regiões oculares mais acometidas, temos as pálpebras e a conjuntiva. O envolvimento palpebral pode se apresentar como pápula eritematosa na borda palpebral com crescimento progressivo, ulceração central com bordas elevadas e fundo com granulação fina, pontilhado hemorrágico, e podendo até mesmo chegar a destruir os ductos lacrimais. Além disso, pode haver comprometimento da conjuntiva bulbar e da córnea, por contigüidade e os linfonodos pré-auriculares podem ser palpáveis[2]. O diagnóstico é possível através do exame micológico direto com aspecto em "roda de leme"; da cultura em ágar-chocolate, ágar-sangue ou ágar-Saboraud e exame histopatológico, com reação granulomatosa rica em células epitelióides e gigantócitos, onde pode ser visto o fungo, sendo este útil quando há poucos microorganismos[1]. O tratamento pode ser feito com itraconazol, sulfametoxazol-trimetoprima ou anfotericina B, de acordo com gravidade do caso[2].



HE: **-Hematoxilina-Eosina:** Lesão exofítica com parte da epiderme apenas, mostrando hemácias e escamocrostas. Acentuado espessamento da epiderme. Papilomatosa Crostas na superfície



GROCOTT: **-Pela prata:** Levedura: tamanho varia normalmente de 1- 60 micrômetros, na lâmina podemos perceber 5 – 20 micrômetros

CONCLUSÃO

Lesões ativas isoladas palpebrais são raras e geralmente diagnosticadas como tumores malignos. No entanto, por ser uma doença endêmica no Brasil, deve ser considerada nos diagnósticos diferenciais. Além disso, como na maioria dos casos é multifocal, a avaliação sistêmica é de suma importância. O diagnóstico precoce permite evitar a evolução para lesões mutilantes e cegueira.

R E F E R Ê N C I A S

1- Ferraz E, Cella W, Rocha E, Caldato R. Paracoccidioidomicose primária de pálpebra e conjuntiva. Arq Bras Oftalmol 2001;64:259-61.

2- Restrepo A, Tobon AM, Agudelo CA. Paracoccidioidomycosis. In: Hospenthal DR, Rinaldi MG. (editors). Diagnosis and treatment of human mycoses. Totowa, NJ: Humana Press; 2008. p. 331.

Reconstrução de lesão extensa de pálpebra inferior com retalho semicircular de Tenzel associada à técnica de regeneração espontânea (Laissez-faire)

Adriana Geremias Toni
Nathalia Perussi Garcia
Marcello Novoa Colombo Barboza
Ricardo Tomoyoshi Kanekadan

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Reconstrução de lesão extensa de pálpebra inferior com retalho semicircular de Tenzel associada à técnica de regeneração espontânea (Laissez-faire)

Adriana Geremias Toni; Nathalia Perussi Garcia;
Marcello Novoa Colombo Barboza; Ricardo Tomoyoshi Kanekadan

Hospital Oftalmológico Visão Laser / Instituto Visão do Bem

INTRODUÇÃO

Lesões palpebrais extensas podem determinar perdas estéticas e funcionais, sendo ainda um desafio para reconstrução. A ressecção deve ter objetivo curativo e as técnicas de reconstrução indicadas conforme extensão e região do defeito. O retalho semicircular de Tenzel é útil para correções de defeitos extensos da pálpebra inferior, acometendo de 40 a 60% da extensão horizontal, podendo ser complementado por outras técnicas. Uma alternativa ao reparo cirúrgico é a cicatrização por segunda intenção, técnica de Laissez-faire, descrita em 1957. O objetivo do estudo foi relatar caso de paciente submetida a ressecção de lesão ulcerada com mais de 50% de extensão em pálpebra inferior, seguida de reconstrução com retalho miocutâneo semicircular de Tenzel e posterior regeneração espontânea, pela técnica Laissez-faire.

RELATO DO CASO

Descrição de caso de lesão extensa de pálpebra inferior, sendo empregada técnica de reconstrução com retalho semicircular de Tenzel com objetivo de suprir grandes perdas de pele decorrentes da excisão de tumores palpebrais. Feminino, 59 anos, história de lesão em pálpebra inferior de rápido aparecimento. Ectoscopia: lesão ulcerada em região central da pálpebra inferior direita acometendo mais de 50% da extensão. Indicada exérese associada a reconstrução palpebral com retalho semicircular de Tenzel. Embora a biópsia de congelação estivesse indicada, a mesma não foi realizada por não estar disponível no serviço onde o procedimento foi executado. Anatomopatológico: carcinoma basocelular de padrão sólido nodular multicêntrico invadindo derme, padrão de crescimento expansivo, margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico. Paciente apresentou pequena deiscência de sutura com pouca repercussão corneana. Foi optado por não intervir cirurgicamente, para observação de regeneração espontânea da pálpebra inferior (técnica de Laissez-Faire).

COMENTÁRIOS

O pós-operatório tardio evidenciou regeneração espontânea subtotal da pálpebra inferior, até o momento da última avaliação. Com base nesse fato e na satisfação da paciente, foi considerada desnecessária nova intervenção nessa ocasião.

CONCLUSÃO

O conhecimento da anatomia funcional da pálpebra, a correta programação cirúrgica, sabendo das limitações dos resultados, determinam a obtenção de resultados mais satisfatórios. A literatura descreve o uso da técnica Laissez-Faire isolada para reparação de lesões palpebrais. Com base neste relato, pode se inferir que ela pode ser empregada, também, de forma associada a outras técnicas de reconstrução, gerando resultados satisfatórios, não havendo a necessidade de novas intervenções.

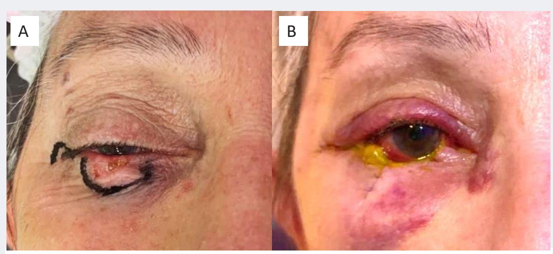


Figura 1: A) Intraoperatório com marcações cirúrgicas para exérese da lesão e confecção do retalho de Tenzel / B) Pós-operatório precoce.

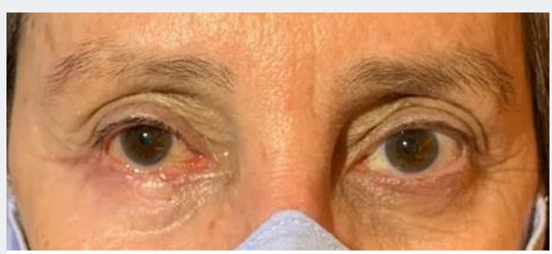


Figura 2: Pós-operatório tardio evidenciando regeneração espontânea subtotal da pálpebra inferior direita.

REFERÊNCIAS

1 - Korte RL et al. Reconstrução de lesões extensas de pálpebras com retalhos de face após excisão de neoplasias palpebrais. Rev. Bras. Cir. Plást.2018;33(0):37-39
2 - Subramanian N. Reconstructions of eyelid defects. Indian J Plast Surg. 2011;44(1):5-13.
3 - Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by the semicircle flap technique. Ophthalmology. 1978 Nov;85(11):1164-9.
4 - DaCosta J, Oworu O, Jones CA. Laissez-faire: how far can you go? Orbit. 2009;28(1):12-5.

Retalho de Cutler - Beard no coloboma congênito de pálpebra superior: relato de caso

Pedro Hélio Estevam Ribeiro Junior
Daniela Contri Fraga Alves


A
B


A
B

Retalhos em Ilha do terço médio em reconstrução pálpebro-facial

Caroline Magalhães Lopes
Antônio Augusto Velasco e Cruz
Maria Angelica Belen Camacho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Retalhos em Ilha do terço médio em reconstrução pálpebro-facial

Caroline Magalhães Lopes [1], Antônio Augusto Velasco e Cruz [1], Maria Angelica Belen Camacho [1]

1. Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HCRP-USP

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

INTRODUÇÃO

Retalhos em Ilha baseado na vascularização das artérias perfurantes (RIP) demonstraram bons resultados cirúrgicos em reconstruções pós ressecções oncológicas em diferentes angiossomas corporais.

OBJETIVOS

Relato da experiência utilizando RIP nas reconstruções de pálpebra inferior que se estendem ao terço médio da face e canto medial.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do registro fotográfico do pré, intra e pós-operatório de 10 pacientes com tumores malignos em pálpebra inferior e terço médio da face submetidos a reconstrução com RIP. Os defeitos foram expressos percentualmente em relação a medida da área do terço médio da face através do programa Image J (tabela 1).

Todos os procedimentos ocorreram entre maio de 2019 a abril de 2021 no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

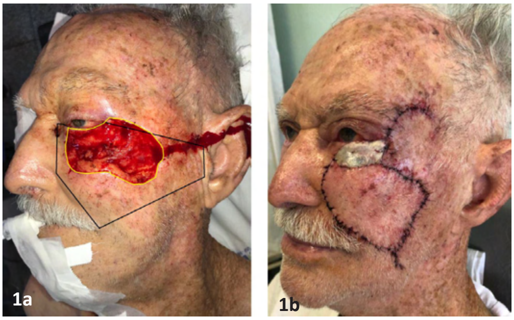


Figura 1a:Estimativa da área do terço médio da face (marcação em cor preta). Estimativa da área do defeito. Figura 1b: pós-operatório imediato

Paciente	Área Terço Médio	Área de Defeito	Porcentagem
1	1746.09	567.58	32,50%
2	2117.94	297.65	14,05%
3	2808.81	1028.03	36,60%
4	2702.52	3726.80	137,90%
5	2242.22	374.68	16,79%
6	3898.11	1436.31	36,84%
7	2372.74	4938.52	208,13%
8	3291.13	418.32	12,71%
9	2583.04	2354.48	91,15%
10	2832.57	378.01	13,34%

Tabela 1: Área(mm^2) do terço médio e do defeito e porcentagem do defeito em relação ao terço médio

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 10 pacientes (2 mulheres) com idade média de 74 anos (45- 87), 2 portadores de diabetes e 2 tabagistas. Desses, 4 pacientes foram submetidos a ressecção da lesão pela técnica micrográfica de MOHS. Os defeitos resultantes variaram de 12,71% a 208%. As margens cirúrgicas foram negativas em todos os casos. No pós-operatório, somente 1 paciente apresentou sofrimento tecidual, associado ao tamanho pequeno no retalho, 2 pacientes apresentaram ectrópio necessitando de reabordagem cirúrgica. Todos os pacientes tiveram um resultado cirúrgico satisfatório, com bom aspecto da cicatriz em avaliação tardia.

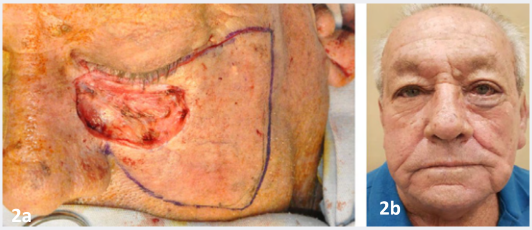


Figura 2a: Defeito em canto medial e área de delimitação do retalho. Figura 2b: Pós-operatório de 2anos. Paciente necessitou de reabordagem cirúrgica com confecção de retalho de Tripier após primeiro procedimento.

CONCLUSÕES

RIP são uma excelente ferramenta para reconstruções palpebrais e em terço médio da face devido à boa cobertura do retalho em defeitos grandes, tempo cirúrgico reduzido, baixa taxa de complicações e bom resultado estético. Porém, tendem a apresentar ectrópio se o retalho ultrapassar o rebordo orbitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Behan F, Sizeland A, Porcedu S, Somia N, Wilson J. Keystone island flap: an alternative reconstructive option to free flaps in irradiated tissue. ANZ J Surg. 2006 May;76(5):407-13. doi: 10.1111/j.1445-2197.2006.03708.x. PMID: 16768705.
- Lyons AJ. Perforator flaps in head and neck surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006 Mar;35(3):199-207. doi: 10.1016/j.ijom.2005.07.015. Epub 2005 Nov 15. PMID: 16293398.
- Choi JW, Park JS, Kim JH. Extensive Facial Reconstruction Using Thickness-controlled Perforator Free Flaps. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8(10):e3210. Published 2020 Oct 28. doi:10.1097/GOX.0000000000003210

Unusual presentation of pilomatricoma in the tarsal conjunctiva

Maarmedi Cunha
Laura Pinheiro Vizibelli
Silvia Andrade Carvalho Rodrigues

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

UNUSUAL PRESENTATION OF PILOMATRICOMA IN THE TARSAL CONJUNCTIVA

MAARMEDI CUNHA[1]; LAURA PINHEIRO VIZIBELLI[1]; SILVIA ANDRADE CARVALHO RODRIGUES[1]
[1]Centro Oftalmológico de Minas Gerais

INTRODUCTION

Pilomatricoma was first described by Malherbe and Chenantais in 1880 as calcified epithelioma of sebaceous glands. In 1961, Forbis and Helwig introduced the term pilomatricoma to name this lesion, since epithelioma carries the connotation of malignancy[1,2]. Pilomatricoma is a benign skin neoplasm arising from the matrix cells of hair follicle, which is commonly found on the head and neck as subcutaneous nodules, although the diagnosis is only confirmed by histopathologic examination. There are limited reports in the literature on eyelid pilomatricomas and even in less common about lesions located on the tarsal conjunctiva surface[3]. We report an atypical presentation of this condition considering its location, with clinical features simulating a tarsoconjunctival foreign body.

CASE REPORT

A 33-year old female patient was referred to the Oculoplastic Department for excision of a potencial foreign body located at the superior tarsoconjunctival surface. She complained of left upper eyelid edema, with local hyperemia and foreign body sensation over the last two months. Her past medical history was unremarkable and she had no other relevant ophthalmic conditions.

Upon eversion of the left upper eyelid the examination revealed a whitish nodular lesion with regular edges, measuring 0.4 x 0.2 cm in the central region of the upper tarsal conjunctiva (figure 1a and 1b). The nodule was not adhered to deep planes and was clinically similar to a conjunctival foreign body granuloma. There were no evidence of ulceration neither discharge. The lesion and its fibrous capsule were surgically excised (figure 2) and the histopathological examination revealed epithelial solid and encapsulated mass constituted by basaloid cells and squamous cells ("shadow cells") with some areas of calcification. The diagnosis of pilomatricoma with free margins was confirmed and the six-month follow up of the patient showed no signs of recurrence.



Figure 1a: Preoperative photo showing lesion in the left upper eyelid.



Figure 1b: Eversion of the left upper eyelid observing elevated, whitish, nodular lesion measuring 0.4 x 0.2 cm.



Figure 2: Intraoperative appearance of the lesion.

COMMENTS

Pilomatricoma is a benign neoplasm originated from a hair follicle and it has a bimodal incidence, occurring mainly in the first decade of life followed by the sixth decade[2]. The most prevalent site for these tumors is in the head and the face and the most common periorbital areas affected are the eyebrowns, eyelids and canthal areas, probably due to the relation between density of hair follicles and distribution of pilomatricoma[4]. Our patient had an unusual presentation of the neoplasm in the central region of the upper tarsoconjunctiva in left eyelid, although hair follicles is unusual to be found in this region. The clinical diagnosis of a pilomatricoma is usually difficult, since there are several eyelid pathologies with similar characteristics. In our case, the clinical features were more similar to a conjunctival foreign body with inflammatory reaction. Once the histopathological diagnosis has been confirmed, it is important to evaluate whether the margins of the lesion are compromised or not. Although this type of tumor does not pass through malignant transformation, an incomplete resection of the lesion can cause recurrence, and it is described in up to 3% of cases in the literature, meaning the need for further excision as there are no reports of spontaneous regression of pilomatricoma[5].

CONCLUSION

Our case reinforces the importance of a high index of suspicion of pilomatricoma in a painless, firm to hard, nodular eyelid mass that is progressively increasing in size. In cases where the lesion may mimic multiple differential diagnosis, the total surgical excision is fundamental to confirm the neoplasm.

REFERENCES

1)Gutiérrez EM, Gutiérrez-Diaz E, Suárez EG, Ricoy JR. Eyelid Pilomatricomas in Young Adults: A Report of 8 Cases. Continuing Medical Education. 2002; 69: 23-26.
2)Dittrich MR, Sousa JM, Manso PG. Atypical presentation of pilomatrixoma in the tarsal conjunctiva. Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (3): 238-40.
3)Hada M, Meel R, Kashyap S, Jose C. Eyelid pilomatrixoma masquerading as chalazion. Can J Ophthalmol. 2017;52:e62–e64.
4)Chawla U, Jyoti, Khurana AK. Pilomatrixoma of eyelid in a middle aged. Nepal J Ophthalmol. 2011;3(5):88-90.
5)Rodríguez CI, Mencía EG, Gutiérrez ED, Suárez AG. An unusual presentation of a pilomatrixoma in the eyelid. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006;81(8):483-6.

FOTOGRAFIAS

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Malformação congênita resultando em criança com duas faces e fusão de pálpebras dos olhos mediais

Marina Berquó Peleja
Marcelo Torigoe
Roberto Caldato

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA RESULTANDO EM CRIANÇA COM DUAS FACES E FUSÃO DE PÁLPEBRAS DOS OLHOS MEDIAIS

Marina Berquó Peleja; Marcelo Torigoe;
Roberto Caldato.
UNICAMP

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
SBCPO Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

Fotografia - Diprosopus Tetraophthalmus



Oblíquo inferior em Blefaroplastia Transconjuntival

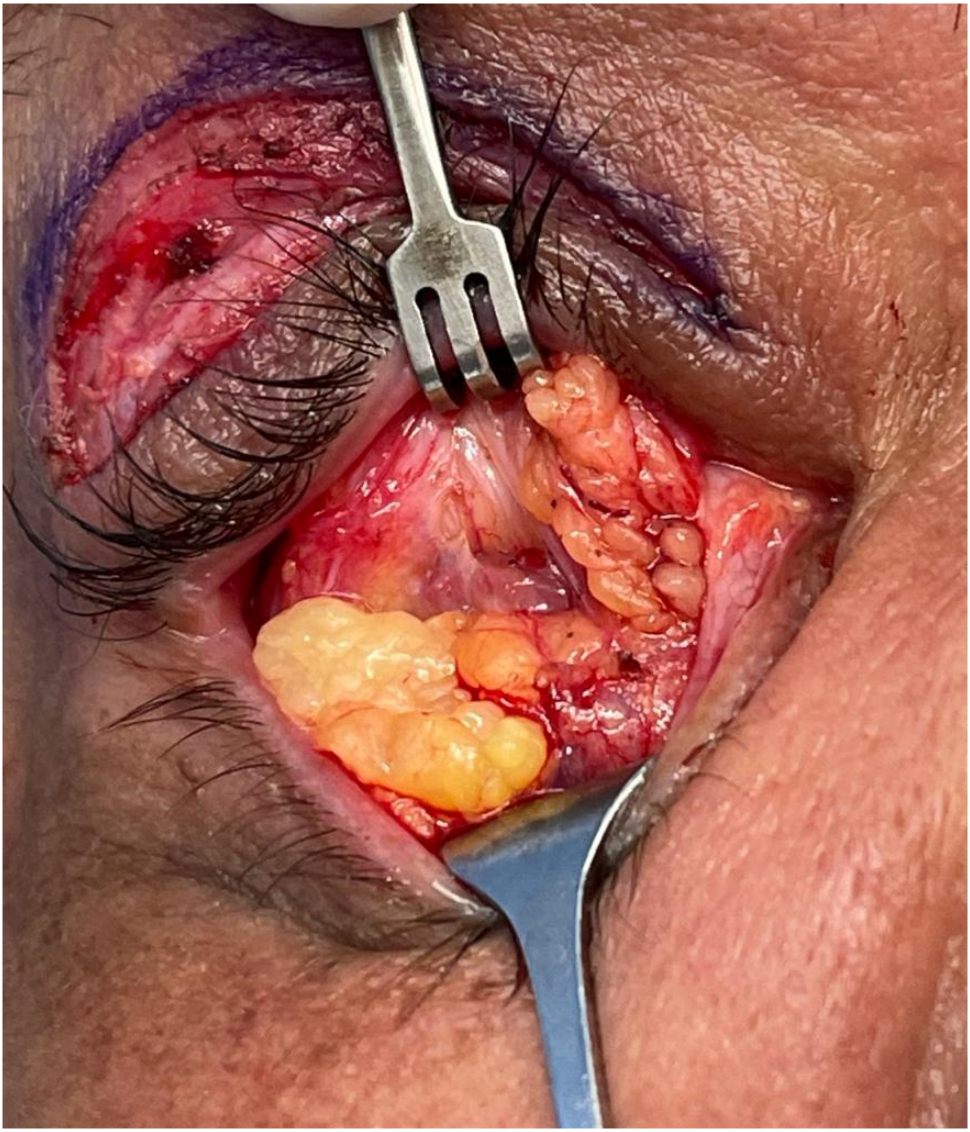
Vanessa C. Ramalho
Davi Araf

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Oblíquo Inferior na Blefaroplastia Transconjuntival

Vanessa C. Ramalho, Davi Araf

Hospital CEMA setor de Plástica Ocular



Oblíquo Inferior entre as bolsas medial e central.

Reação gigantocelular por cisto dermóide roto

Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho
Ivana Cardoso Pereira
Tatiana Ribeiro Mendes Costa
Mariana Rossi Silveira

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

REAÇÃO GIGANTOCELULAR POR CISTO DERMÓIDE ROTO

Autores: Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho [1]; Ivana Cardoso Pereira [1]; Tatiana Ribeiro Mendes Costa [1]; Mariana Rossi Silveira[1].

Instituição: [1] Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP



TUMORAÇÃO COM CRESCIMENTO PROGRESSIVO NOS ÚLTIMOS 15 ANOS EM REGIÃO SUPEROTEMPORAL PALPEBRAL ESQUERDA

Transiluminação de adenocarcinoma mucinoso infiltrativo

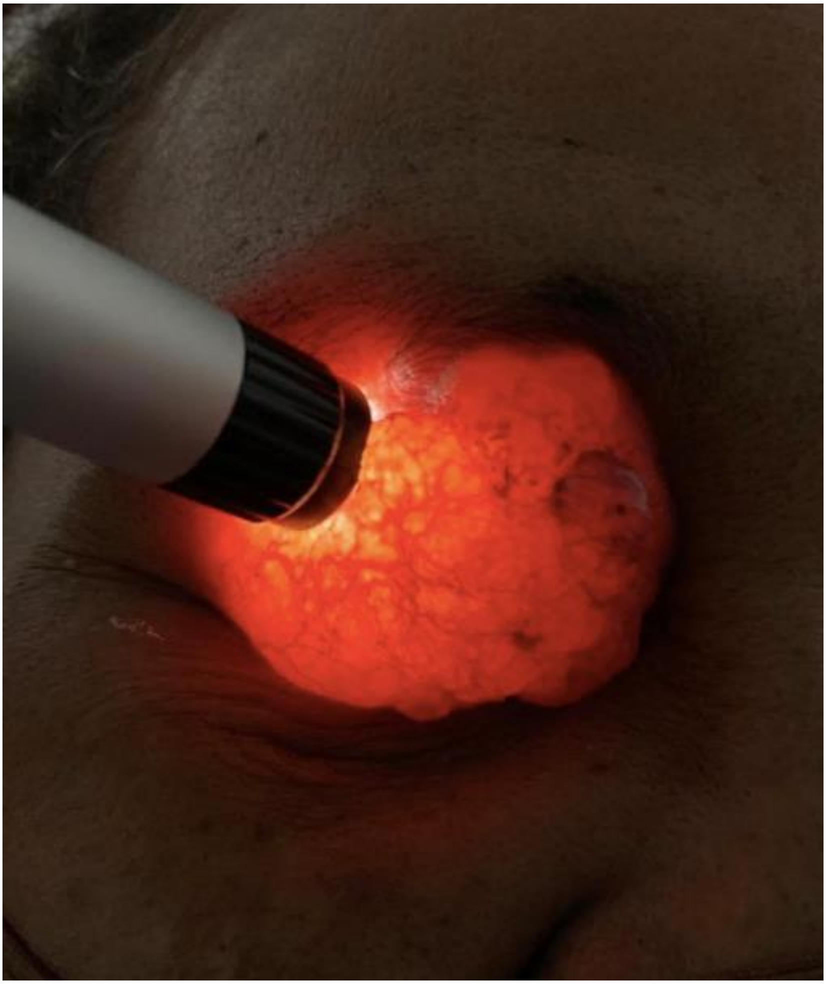
José Byron Vicente Dias Fernandes
Maria Antonieta Ginguerra
Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho
Tatiana Ribeiro Mendes Costa

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

TRANSILUMINAÇÃO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO INFILTRATIVO

Autores: José Byron Vicente Dias Fernandes [1]; Maria Antonieta Ginguerra [1]; Regina Cláudia Rafael de Souza Marinho [1]; Tatiana Ribeiro Mendes Costa[1].

Instituição: [1]Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo –HC-FMUSP



Aspecto à transiluminação do adenocarcinoma mucinoso infiltrativo em derme, com acometimento de pálpebra superior direita em toda a sua extensão, em um ano de evolução.

Biopsia da artéia temporal superficial

Talissa Feltrini
Patricia Akaishi
Antonio Augusto Velasco e Cruz

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

BIOPSIA DA ARTÉIA TEMPORAL SUPERFICIAL

Autores: Talissa Feltrini, Patricia Akaishi, Antonio Augusto Velasco e Cruz

[1]HCRP- Hospital das Clinicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto

RESUMO: **Introdução**: Objetivo da descrição da técnica cirúrgica da biópsia de artéria temporal superficial com o sítio cirúrgico pré-tragal, onde obtém-se a porção proximal da artéria temporal superficial, por vídeo. **Objetivos**: Objetivo da descrição dessa técnica cirúrgica é demostrar que a marcação do sítio cirúrgico pré-tragal, onde obtém-se a porção proximal da artéria temporal superficial. Enquanto a técnica clássica aborda o segmento distal da artéria, na fossa temporal, usando como marcador do local da incisão o método ultrassonográfico com doppler ou palpação do ramo frontal da artéria temporal, o método apresentando nesse vídeo demostra uma maneira mais simples e direta de abordagem da artéria. **Metodologia. Descrição:** A artéria temporal superficial a presenta trajeto vertical a partir do trago em direção a fossa temporal. O nervo auriculotemporal está mais profundo, atrás da artéria temporal superficial. A marcação da incisão ocorre na região do sulco da depressão cutânea pré-auricular, 1cm a frente e 2,5-3 cm acima do trago, verticalmente. Abaixo da pele encontra-se um fino tecido subcutâneo. Logo abaixo desse plano está o plano fáscia temporal superficial, onde se encontra a artéria. A dissecação ocorre na porção inferior à sua bifurcação, isolando-se 1 a 2 cm com fio seda 4-0. O segmento arterial é seccionado e encaminhado para análise histopatológica. Após revisão da hemostasia, o fechamento do tecido subcutâneo é feito comfio Poliglicaprone 254-0 e a pele é suturada com Nylon 6-0. **Resultados**: Obtenção da artéria temporal superficial. **Conclusões**: O método apresentando nesse vídeo demostra uma maneira mais simples e direta de abordagem da artéria.

Link do vídeo: https://youtu.be/xZ9Bzkuv7QA

PALAVRAS-CHAVE: arteria, tempral, superficial, biopsia, pre-tragal

Referências

SIDDIQUI, Yusra MD, et al. Temporal Artery Biopsy. EyeWiki AAO, 2021. Disponível em:https://eyewiki.aao.org/Temporal_Artery_Biopsy.Acesso em: 27,abril e 2021

ALBERTINI,John G. MD,et al.Temporal Artery Biopsyina Dermatologic Surgery Practice.Dermatol Surg 1999;25:501–508. Disponível em:https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.1999.08296.x. Acesso em: 27, abril e 2021.

Cahais J, et al. Operative technique: Superficial temporal arter y biopsy.Journal of Visceral Surgery (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.05.001

Correção cirúrgica de triquíase com enxerto usando cola Biologica

Eliane Prosdocimi Lamounier de Carvalho
Ana Luisa Pedrosa
Izabela de Maria Aburachid
Isabela Lamounier de Carvalho

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE TRIQUÍASE COM ENXERTO USANDO COLA BIOLOGICA

Autores: Eliane Prosdocimi Lamounier De Carvalho, Ana Luisa Pedrosa, Izabela de Maria Aburachid, Isabela Lamounier de Carvalho

[1]BHOLHOS - BHOLHOS Clínica Oftalmológica [2]HOMG- Hospital de Olhos de Minas Gerais

RESUMO: Introdução Existem várias opções para o tratamento da triquíase e o objetivo principal é evitar que os cílios anômalos toquem a cornea e desta forma melhorar o conforto do paciente e evitar lesões do epitélio corneano. O tratamento cirúrgico é indicado segundo Burtone tal para triquíase difusa, triquíase segmentar com grande número de cílios anômalos e casos recidivantes. Também deve ser considerado em pacientes com doenças cicatrizantes com afinamento da margem palpebral e mesmo em casos leves, onde outras modalidades de tratamento não estão disponíveis. As correções cirúrgicas com enxerto Mucocutâneo são modificações da técnica descrita por Van Millingen em 1888, que consistem na divisão da pálpebra em lamelas anteriores e posteriores e interposição de um enxerto, que forma uma barreira entre os cílios anômalos e o globo. O enxerto pode ser obtido da mucosa labial ou da placa tarsal autógena. No vídeo optamos pelo enxerto mucoso. A incisão foi feita com lâmina 11 na linha cinzenta e se estendeu 2 mm além da áreatriquiática em cada lado. As lamelas anterior e posterior foram dissecadas com aproximadamente 4 mm de profundidade. O enxerto foi colocado na área receptora e fixado com cola Biologica. A cola Biologica se mostrou eficaz por ter efeito de hemostasia, diminuindo em muito a necessidade de cauterização, o que ajuda na viabilidade do enxerto. O tempo cirúrgico sofreu uma redução significativa, porque não precisou ser feita nenhuma sutura. E principalmente o conforto do paciente no pos operatório, já que os fios de sutura costumam ser mais incomodativos que a própria triquíase. Outra vantagem foi que não houve necessidade de retorno ao ambulatório para remoção da sutura.

Link do video: https://youtu.be/cF5wNpn_KYM

PALAVRAS-CHAVE: Triquíase, Cola Biologica, Enxerto de mucosa labial, Correção cirúrgica

Exérese de Carcinoma Basocelular de Canto Medial com Reconstrução V Y

Tatiana Costa
Edgard Takayama
André Meireles Borba
Mariana Rossi Silveira

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

EXÉRESE DE CARCINOMA BASOCELULAR DE CANTO MEDIAL COM RECONSTRUÇÃO V Y

Autores: Tatiana Costa[1], Edgard Takayama[1], André Meireles Borba[1], Mariana Rossi Silveira[1]

[1]HcFmUsp - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO: **Introdução**: O Carcinoma Basocelular (CBC) é o tumor de pele mais comum, correspondendo de 77,53 a 90% dos tumores malignos depálpebra.Ocorre com maior frequência em idosos, estando o maior número de portadores na faixa de 50 a 70 anos. No Brasil, é comum o paciente procurar tratamento tardiamente levando à probabilidade de lesões mais extensas, dificultando aexérese. Caracteristicamente é um tumor de crescimento lento, raramente produz metástases, podendo a morbidade estar relacionada à invasão local com maior risco de extensão orbitária e intracraniana, em especial quando localizado no canto interno. Apesar de alguns tumores perioculares serem facilmente manejados, grande parte deles é de difícil abordagem devido ao tamanho, localização e comportamento biológico, principalmente os carcinomas de canto medial, que trazem maior dificuldade de reconstrução; **Objetivos**: Nessa perspectiva, este vídeo vem por demonstrar a exérese pratica de um CBC de canto medial com reconstrução do tipo V; **Metodologia**: Vídeo Gravado pela equipe cirúrgica em campo de um paciente que foi operado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo; **Resultados**: Exemplicamos de forma prática uma das formas de reconstrução de um Carcinoma de pálpebra em canto medial, que tem maior dificuldade de reconstrução cirúrgica e demanda maior tempo cirúrgico para fechamento da ferida operatória; **Conclusões**: O presente vídeo ilustra a importância de um diagnostico e tratamento precoce dos Carcinomas de pele. Se feito de maneira precoce consegue se realizar um tratamento curativo menos invasivo e com menores comorbidades para o paciente, além de maior facilidade para reconstrução cirúrgica, trazendo uma reabilitação precoce ao paciente;

Link do vídeo: https://youtu.be/K5TbTy8GT2k

PALAVRAS-CHAVE: carcinoma, baso celular, medial, reconstrução

Referências

Soares EHS, Belo CV, Reis AKLB, Nunes RR, Mason EM. Tumores malignos da pálpebra. Arq Bras Oftal 2001;64:287-9.

Schellini SA, Costa JP, Cardilo JA, Paro, PT, Marques MEA, Silva MRB. Neoplasias malignas das pálpebras na Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Oftalmol 1990;49:47-53.

Aurora AL, Blodi FC. Lesion of the eye lids: a clinico pathologi-cal study. Surv Ophthalmol 1970;15:94-104.

Pereira IC, Schellini SA, Marques MEA, Padovani CR, Padovani CRP. Aspectos do carcinoma baso celular palpebral na região de Botucatu (SP). Arq Bras Oftal 2000;63:58.

Ishi LA, Pereira IC, Schellini SA, Marques MEA, Padovani CR. Carcinoma basocelular da pálpebra-fatores relacionados com a recidiva tumoral. AnBrasDermatol. 2004;79(4):423-30.

Lagoftalmo Paralítico: Apresentação em Gêmeas Univitelinas com Neurofibromatose tipo 2 e os Desafios no Manejo

Camila Pontes Bessa Campêlo Alcântara
Suzana Matayoshi
Renata Martins Maia
Mariana Rossi Silveira

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

LAGOFTALMO PARALÍTICO: APRESENTAÇÃO EM GÊMEAS UNIVITELINAS COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 E OS DESAFIOS NO MANEJO

Autores: Camila Pontes Bessa Campêlo Alcântara[1], Suzana Matayoshi[1], Renata Martins Maia[1], Mariana Rossi Silveira[1]

[1]HC-FMUSP- Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da USP.

RESUMO: Introdução: A neurofibromatose tipo 2 está muito associada a acometimentos oculares. Em cerca de 10% dos casos é o primeiro sinal de apresentação. Dentre as manifestações oculares, o lagoftalmo paralitico tem sido particularmente desafiador para conseguimos manter uma boa função visal. Existe uma alta incidência de neurinomas acústicos nesses pacientes, inclusive seu aparecimento é critério diagnóstico da doença.Durante a recessão desses tumores, muitos evoluem com paralisia facial em graus variados. **Objetivos**: Discutir o desafio do manejo do lagoftalmo paralitico através da comparação da apresentaçãoem gêmeas univitelinas acompanhadas em serviço mutidiciplinar de alta complexidade. **Metodologia:** As informações foram obtidas através de revisão dos prontuários, entrevista com as pacientes, registro fotográfico do exame físico e revisão da literatura usando o buscador Pubmed. **Resultados**: Gêmeas de 25 anos com o diagnóstico de NF-2 há 19 anos.Começaram acompanhamento no Hospital das Clínicas em 2014. Paciente 1 foi submetida á múltiplas ressecções de neuromasacústicos bilaterais desde a admição.Evoluiu com paralisia facial periférica grau 4 e surdez bilateral. No departamento deplástica ocular, para tratar úlceras conreanas recorrentes, foram realizados multiplus procedimentos cirugicos: trasposição de fenda em olho esquedo, lacorrafia em ambos os olhos e trarsorrafia. Apesar das intervenções, mantem um lagoftalmo de 6 mm com puntata inferior. Hoje, em uso de lente de contato, colírio antibiótico, colírios e pomada lubrificantes. A mesma apresenta boa acuidade visual em ambos os olhos. Já a paciente 2, o neurinoma era unilateral e sua resseccão gerou paralisia periférica grau 1.Olagoftalmo é mais discreto (3mm) e por apresentar boa oclusão e boa superficie ocular, foi tratada apenas clínicamente com da lubrificação intensa e oculusão palpebral noturana. **Conclusões**: Os pacientes portadores de NF-2, por evoluírem da perda auditiva importante após a ressecção dos neuromas acústicos, ficam particularmente dependentes da visão para sua interação social e profissional. Assim, o tratamento do lagoftalmo é fundamental para diminuir a morbidade provocada pela síndrome e proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Lagoftalmo, Paralisia Facial, Neurofibromatose

Referencias

Zimmermann, Lisa et al. “Corneal Myofibroma (Keloid) in a Young Patient with Neurofibromatosis Type 2.” *Ocular oncology and pathology* vol.3,4(2017):247-249. doi:10.1159/000457959

Ragge, N K et al. “Ocular abnormalities in neurofibromatosis 2.” *American journal of ophthalmology* vol. 120,5 (1995): 634-41. doi:10.1016/s0002-9394(14)72

LAGOFTALMO PARALÍTICO: APRESENTAÇÃO EM GÊMEAS UNIVITELINAS COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 E OS DESAFIOS NO MANEJO

CAMILA PONTES B.ALCANTARA; SUZANA MATAYOSHI; RENATA M. MAIA; MARIANA R. SILVEIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HC-FMUSP)

INTRODUÇÃO

A neurofibromatose tipo 2 está muito associada a acometimentos oculares. Em cerca e 10 % dos casos é o primeiro sinal de apresentação da doença. Dentre as manifestações oculares, o lagoftalmo paralitico tem sido particularmente desafiador para conseguirmos manter uma boa função visual. Existe uma alta incidência de neurinomas acústicos nesses pacientes, inclusive ele é um dos critérios diagnósticos da doença. Durante a ressecção desses tumores, muitos evoluem com paralisia facial em graus variados.

OBJETIVO

Discutir o desafio do manejo do lagoftalmo paralítico através de comparação das complicações oculares apresentadas por gêmeas univitelinas potadoras de NF-2. Mesmo possuindo as mesmas mutações, apresentam diferentes graus de paralisia facial, levando a manejos distintos das disfunções de oclusão palpebral e de superfície ocular.

METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas através de revisão dos prontuários, entrevista com as pacientes e familiares, registro fotográfico do exame físico e revisão da literatura usando o buscador Pubmed.



Figura 1: Paciente com paralisia facial grau 4.

RESULTADOS

Gêmeas de 25 anos com diagnóstico de NF-2 há 19 anos. Iniciaram acompanhamento no Hospital das Clinicas- USP em 2014. Paciente 1 (Figura 1) foi submetida a múltiplas ressecções de neuromas acústicos bilaterais desde a admissão. Evoluiu com paralisia facial periférica grau 4 e surdez bilateral. No departamento de plástica ocular, para tratar úlceras corneanas recorrentes, foram realizados vários procedimentos cirúrgicos: transposição de fenda em olho esquerdo, lacorrafia e tarsorrafia em ambos os olhos. Entretanto, ainda mantém um lagoftalmo de 6 mm no pior olho, associado a ceratite inferior bilateral. Hoje em uso de lentes de contato, colírios antibiótico e lubrificantes. A mesma matém boa acuidade visual em ambos os olhos. Já a paciente 2 (Figura 2), o neurinoma era unilateral e sua ressecção gerou uma paralisia periférica grau 1.O lagoftalmo é mais discreto (3mm) e por apresentar boa oclusão palpebral e boa superfície ocular, foi tratada com lubrificação intensa e oclusão palpebral sem nenhuma complicação, como os leucomas corneanos que a paciente 1 possui.

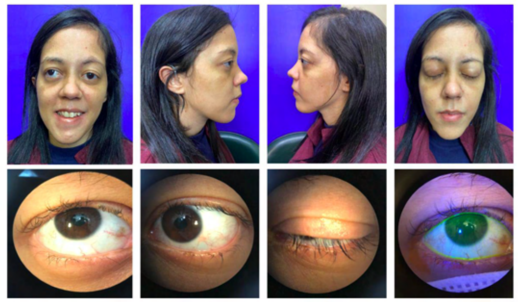


Figura 2: Paciente com paralisia facial grau 1.

CONCLUSÕES

Os pacientes portadores de NF-2 por evoluírem com perda auditiva importante após a ressecção dos neurinomas acústicos, ficam particularmente dependentes da visão para sua interação social e profissional. Assim, o tratamento do lagoftalmo é fundamental para diminuir a morbidade provocada pela síndrome e proporcionar aos pacientes melhor qualidade de vida.

Orbiculectomia na blefaroplastia inferior

Filipe José Pereira
Gustavo David Ludwig

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

ORBICULECTOMIA NA BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Autores: Filipe José Pereira[1], Gustavo David Ludwig[2]

[1]CCPO-Clínica Catarinense de Pálpebrase Olhos, [2]Unifesp -Setor de Plástica Ocular-Universidade Federal de São Paulo

RESUMO: Classicamente recomenda-se evitar ressecção do músculo orbicular na blefaroplastia inferior, inclusive com preferência dealguns cirurgiões pela técnica transconjuntival associado ou não a pinch skin. Questionamos este paradigma com estudos neuroanatômicos da região periorbital esclarecem aspectos importantes da inervação motora do músculo orbicular da pálpebra inferior. Ouattara et al. sugeriram que a seção do músculo orbicular inferior nas blefaroplastias não seria responsável por alterações da 'denervação', uma vez que a inervação motora do orbicular tem dois plexos principais formados pelos ramos zigomático e bucal e um pode compensar o outro. Dessa forma é possível considerar a realização de retirada de uma faixa do músculo orbicular (orbiculectomia) na busca um resultado estético mais favorável pois possibilitaria a diminuição das rugas já previamente descrita por Viterbo et al, retirada de mais pele e diminuição do volume indesejado nessa região. Tecnicamente, após a exérese do excesso de pele da pálpebra inferior, retira-se orbicular preseptal visível e subjacente em toda extensão e largura com tesoura Westcott ou agulha colorado, mas mantém intocado a porção medial ao ponto lacrimal, e adiciona-se uma orbiculectomia mais inferior e biselado 45 graus para que não saliente nem acavalgue sobre o orbicular pré-tarsal, e ainda proporciona uma melhor justaposição da pele de forma auto-selante com cicatrização superior. Técnica cirúrgica e casos clínicos serão demonstrados no vídeo.

Link do Vídeo: https://youtu.be/486sRHZuz6g

PALAVRAS-CHAVE: miectomia, orbiculectomia, blefaroplastia, inferior, cirurgia de pálpebras

VIAS LACRIMAIS

PÔSTERES

Avaliação da Eficácia da Mitomicina-C Na Dacriocistorinostomia Transcanalicular A Laser: Estudo Randomizado, Duplo-Cego, Placebo-Controlado

Eduardo Damous Feijó
Juliana Alves Caixeta
Roberto Murillo Limongi
Suzana Matayoshi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

HOA HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE ANÁPOLIS

CEROF CENTRO DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA

MEDICINA USP

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA MITOMICINA-C NA DACRIOCISTORINOSTOMIA TRANSCANALICULAR A LASER: ESTUDO RANDOMIZADO, DUPLO-CEGO, PLACEBO-CONTROLADO

Eduardo Damous Feijó, Juliana Alves Caixeta, Roberto Murillo Limongi, Suzana Matayoshi
Hospital Oftalmológico de Anápolis – UFG – Hospital das Clínicas da FMUSP

28th International Oculoplastics Meeting
7th International Periocular Aesthetic Meeting
SBCPO SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR
May 07 - 08, 2021
100% online event

INTRODUCTION

A dacriocistorinostomia (DCR) transcanalicular a *laser* é um método que vem ganhando expressividade em vários centros de pesquisa por se tratar de um método rápido, de baixa morbidade e eficaz no tratamento da obstrução do ducto nasolacrimal (ODNL) [1-5]. Entretanto, este método apresenta eficácia reduzida em relação ao padrão-ouro, que é a DCR-externa. Varia medidas tem sido avaliadas no intuito de aumentar o sucesso cirúrgico da DCR transcanalicular a *laser*, como o uso de mitomicina-c tópica, uso de stents e confecção de retalhos na mucosa nasal. O objetivo deste trabalho é comparar o efeito da mitomicina-c tópica transoperatória, na eficácia da DCR transcanalicular modificada a LASER com a administração de placebo [6-8].

PURPOSE

O objetivo deste trabalho é comparar o efeito da mitomicina-c tópica transoperatória, na eficácia da DCR transcanalicular modificada a LASER com a administração de placebo [6-8].

METHOD

Foram selecionados pacientes com ODNL candidatos a DCR atendidos sequencialmente no ambulatório de Oftalmologia. Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram submetidos a DCR-T com *laser* diodo modificada. Os participantes foram randomizados em dois grupos através do método do envelope pardo lacrado. Os pacientes do grupo M receberam mitomicina tópica por dois minutos na rinostomia, enquanto os pacientes do grupo S receberam soro fisiológico. Apenas a enfermeira do centro cirúrgico manipulou as substâncias. Os pacientes foram avaliados por 6 meses através dos critério de Munk, teste de Milder e irrigação das vias lacrimais.

RESULTS

Foram avaliados 49 pacientes, 26 no grupo M (21 mulheres – 80,8%) com média de idade 58 anos e 23 no grupo S (21 mulheres – 91,3%) com média de idade de 65 anos. Não houve diferença estatística entre os grupos quanto à idade, gênero, lateralidade e tempo de cirurgia (22 minutos em ambos os grupos). No grupo M, a eficácia subjetiva após 6 meses foi de 88% e no grupo S, 86% (p=0,605). A eficácia global foi de 87%

	Grupo Mitomicina	Grupo Soro	Valor de p
Gênero (F/M)	21 / 5	21 / 3	P=1,000
Idade média	58	65	P=0,256
Tempo de cirurgia	22	22	P=1,000
Eficácia	88%	86%	P= 0,440

	Eficiência		Falência		Total
Mitomicina	N	%	N	%	
Sim	23	88%	3	12%	26
Não	20	86%	3	14%	23
Total	43	87%	6	13%	49

DISCUSSION

Em nosso estudo, não houve diferença entre o uso de mitomicina-C e placebo na eficácia da cirurgia após seis meses. Esse resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos[7]. Entretanto, existem alguns trabalhos que defendem o uso desta substância com bons resultados [1,3,7,9,10]. A ampliação do número de participantes poderá auxiliar na tomada de decisões sobre o uso ou não de mitomicina nesses pacientes.

CONCLUSIONS

A DCR Transcanalicular com *Laser* Diodo Modificada é um método eficaz para manejo da ODNL e a mitomicina não foi superior ao placebo em nosso estudo.

REFERENCES

1.Alnawaiseh M, Mihailovic N, Wieneke AC, Prokosch V, Rosentreter A, Merte RL, et al. Long-Term Outcomes of External Dacryocystorhinostomy in the Age of Transcanalicular Microendoscopic Techniques. J Ophthalmol. 2016;2016:5918457.
2.Savino G, Battendieri R, Traina S, Corbo G, D'Amico G, Gari M, et al. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: has the current view changed? Acta Otorhinolaryngol Ital. 2014;34(1):29-35.
3.Tarbet KJ, Custer PL. External dacryocystorhinostomy. Surgical success, patient satisfaction, and economic cost. Ophthalmology. 1995;102(7):1065-70.
4.Yoon SW, Yoon YS, Lee SH. Clinical results of endoscopic dacryocystorhinostomy using a microdebrider. Korean J Ophthalmol. 2006;20(1):1-6.

Paracoccidioidomicose palpebral com acometimento do sistema lacrimal: relato de caso

Ana Caroline Ramires Ramos
Silvana Artioli Schellini
Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Paracoccidioidomicose palpebral com acometimento do sistema lacrimal: relato de caso

28° Congresso Internacional de Oculoplástica
7° Congresso Internacional de Estética Periocular
SBCPO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular
7 e 8 maio 2021
Evento 100% On-line

Ana Caroline Ramires Ramos; Silvana Artioli Schellini; Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

Faculdade de Medicina – Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Botucatu

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PBM) também é conhecida como blastomicose sul-americana, doença causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, descrita por Adolfo Lutz. É considerada endêmica na América do Sul, tendo o Brasil grande número de casos. Acomete tipicamente pacientes procedentes de áreas rurais, gênero masculino (proporção de 13:1), e idade que varia de 30 a 60 anos, sendo rara em crianças.

MÉTODOLOGIA

Relato de caso

OBJETIVOS

A Paracoccidioidomicose é uma doença endêmica no Brasil. Relatamos um caso infrequente de PBM cutâneo-mucosa, cursando com obstrução lacrimo-nasal unilateral, em paciente jovem e que não trabalha na lavoura.

RESULTADOS

Paciente feminina, 27 anos, com queixa de perda de peso e linfadenomegalia generalizada há um ano. Radiografia pulmonar normal. Há oito meses, lesões múltiplas na face afetando pálpebras, principalmente à esquerda e região superior do tórax, em placa, eritêmato-descamativas. Há seis meses, teve dacriocistite aguda à esquerda. Há três meses, disfagia e odinofagia, com lesões moriformes no palato duro. A biópsia das lesões cutâneas comprovou tratar-se de PBM, sendo iniciado tratamento sistêmico com itraconazol. A dacriocistografia revelou obstrução baixa à esquerda, com saco lacrimal dilatado.



Figura 1 – Lesões cutâneas eritematosas em regiões de face, e lesão moriforme em cavidade bucal



Figura 2 – Dacriocistografia mostrando obstrução à esquerda, e coloração hematoxilina-eosina do fungo.

CONCLUSÕES

Relatamos um caso PBM cutâneo-mucosa com acometimento de mucosas ocular, oral e nasal, apresentando, como uma de suas manifestações, a oclusão da via lacrimal excretora, que levou à dacriocistite aguda, provavelmente causada por inflamação crônica das mucosas. O tratamento da doença é sistêmico e deve ser rigoroso.

Sobre a organizadora

Patricia Akaishi

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

SOBRE AS ORGANIZADORAS

PATRICIA AKAISHI - Possui graduação em medicina pela Universidade Estadual de Londrina (1996), residência médica em oftalmologia pela Universidade Estadual de Campinas (1997) e doutorado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (2005). É médica contratada do departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, desde 2004, atuando na sub-especialidade de Anexos Oculares que inclui Pálpebras, Vias lacrimais e Órbita. É chefe do setor de Estética Periocular e de Vias Lacrimais. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular (SBCPO) desde 2002. Presidente da SBCPO 2020/2021.

ANAIS DA SBCPO

28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Um livro resultante do congresso

28º Congresso Internacional de Oculoplástica
7º Congresso Internacional de Estética Periocular

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Atena Editora
Ano 2021
Vol. 1.

ANAIS DA SBCPO

28º Congresso Internacional de Oculoplástica e 7º Congresso Internacional de Estética Periocular

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Um livro resultante do congresso

28º Congresso Internacional de Oculoplástica

7º Congresso Internacional de Estética Periocular

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Atena Editora
Ano 2021
Vol. 1.